FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

THESE

DO

Dr. Christiano Goulart Villela

1886

DISSERTAÇÃO

CADEIRA DE OBSTETRICIA

Apresentação de espadoa, indicações desta apresentação

PROPOSIÇÕES

Tres sobre cada uma das cadeiras da Faculdade

THESE

APRESENTADA Á

FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

Em 20 de Agosto de 1886

E PERANTE ELLA SUSTENTADA

em 29 de Dezembro do mesmo anno

PELO

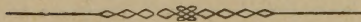
Dr. Christiano Goulart Villela

Natural de Minas-Geraes (Lavras)

FILHO LEGITIMO DO

Dr. Joaquim Bueno Goulart Brum

E DE

D. Severina Villela de Andrade Goulart.

RIO DE JANEIRO

Typographia, lithographia e encadernação a vapor

LAEMMERT & C.

71 RUA DOS INVALIDOS 71

1886

FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

DIRECTOR.—Conselheiro Dr. Barão de Saboia.
VICE-DIRECTOR.—Conselheiro Dr. Albino Rodrigues de Alvarenga.
SECRETARIO.—Dr. Carlos Ferreira de Souza Fernandes

LENTES CATHEDRATICOS

Os Illms. Srs. Drs.:

Nome	Cadeira
João Martins Teixeira	Physica Medica.
Augusto Ferreira dos Santos	Chimica medica e mineralog.
João Joaquim Pizarro	Botanica medica e zoologia.
José Pereira Guimarães (Examinador)	Anatomia descriptiva.
Antonio Caetano de Almeida	Histologia theorica e pratica.
Domingos José Freire	Chimica organica e biologica.
João Baptista Kossuth Vinelli	Phisiologia theorica e experimental.
João José da Silva	Pathologia geral.
Cypriano de Souza Freitas	Anatomia e physiologia pathologicas.
João Damasceno Peçanha da Silva	Pathologia medica.
Pedro Affonso de Carvalho Franco	Pathologia cirurgica.
Conselheiro Albino Rodrigues de Alvarenga	Materia medica e therap. especialmente braz.
Luiz da Cunha Feijó Junior (Presid.)	Obstetricia.
Barão de Motta Maia	Anatomia topographica, medicina operatoria experimental, apparelhos e peq. cirurgia.
Nuno de Andrade	Hygiene e historia da medicina.
José Maria Teixeira	Pharmacologia e arte de formular.
Agostinho José de Souza Lima	Medicina legal e toxicologia.
Conselheiro João Vicente Torres Homem; Domingos de Almeida M. Costa	Clinica medica de adultos.
Conselheiro Barão de Saboia; João da Costa Lima e Castro	Clinica cirurgica de adultos.
Hilario Soares de Gouvêa (Examinador)	Clinica ophtalmologica.
Erico Marinho da Gama Coelho (Examinador)	Clinica obstetrica e gynecologica.
Candido Barata Ribeiro	Clinica medica e cirurgica de crianças.
João Pizarro Gabizo	Clinica de molestias cutaneas e syphiliticas.
João Carlos Teixeira Brandão	Clinica psychiatrica.

LENTES SUBSTITUTOS SERVINDO de ADJUNTOS

Os Illms. Srs. Drs.

Nome	Cadeira
. . . .	Anatomia topographica, medicina operatoria experimental, apparelhos e pequena cirurgia.
Oscar Adolpho de Bulhões Ribeiro	Anatomia descriptiva.
José Benicio de Abreu (Examinador)	Materia medica e therap. especialmente braz.ª

ADJUNTOS

Os Illms. Srs. Drs.:

Nome	Cadeira
. . . .	Physica medica.
. . . .	Chimica medica e mineralogia.
Francisco Ribeiro de Mendonça	Botanica medica e zoologia.
. . . .	Histologia theorica e pratica.
Arthur Fernandes Campos da Paz	Chimica organica e biologica.
João Paulo de Carvalho	Physiologia theorica e experimental.
Luiz Ribeiro de Souza Fontes	Anatomia e physiologia pathologicas.
. . . .	Pharmacologia e arte de formular.
Henrique Ladislau de Souza Lopes	Medicina legal e toxicologia.
Benjamim Antonio da Rocha Faria	Hygiene e historia da medicina.
Francisco de Castro; Eduardo Augusto de Menezes; Bernardo Alves Pereira; Carlos Rodrigues de Vasconcellos	Clinica medica de adultos.
Ernesto de Freitas Crissiuma; Francisco de Paula Valladares; Pedro Severiano de Magalhães; Domingos de Góes e Vasconcellos	Clinica cirurgica de adultos.
. . . .	Clinica obstetrica e gynecologica.
José Joaquim Pereira de Souza	Clinica medica e cirurgica de crianças.
Luiz da Costa Chaves Faria	Clinica de molestias cutaneas e syphiliticas.
Joaquim Xavier Pereira da Cunha	Clinica ophthalmologica.
Domingos Jacy Monteiro Junior	Clinica psychiatrica.

N.B.—A Faculdade não approva nem reprova as opiniões emittidas nas theses que lhe são apresentadas.

Á MEMORIA

DE

Meus Venerandos e Prezadissimos Pais

O Illm. Sr. Dr. Joaquim Bueno Goulart Brum
A Exma. Sra. D. Severina Villela de Andrade Goulart

Angustiado pela dôr pungente que a sorte deparou-me, eis-me, Pais queridos, postado á beira do vosso sagrado tumulo, onde pranteio a minha cruel desventura, trazendo apenas esta pequena fracção do meu illimitado dever para offerecer á vossa memoria para sempre saudosa!

Pais virtuosos, guiai da manção celeste os passos do vosso filho que ainda chora amargamente a vossa falta e que ora vos pede a santa benção, indefinivel consolo neste momento de cruel agonia!

Á MEMORIA

DE

Meus queridos Irmãos, Avós, Padrinhos e Madrinhas

Saudades.

A MEU QUERIDO IRMÃO E PROTECTOR

O Illm. Sr. José Goulart Villela Bueno

Prestes a soffrer os horrores da minha humilde orphandade, tive em teus braços um poderoso arrimo, que conferio-me o logar que hoje occupo perante a sociedade.

Em ti pulsa um coração generoso que nunca emmudeceu ás supplicas do infeliz!... recebe, portanto, este pequeno trabalho, expressão singela de acerbos soffrimentos, como leve tributo de eterna gratidão!

Não és para mim um amigo leal sómente... és a imagem sublime dos meus venerandos pais, esculpida com esmero pela mão de Deus! Possa eu, um dia, manifestar-te a grata impressão que deixaste em meu coração de orphão... realizarei o meu ideal!

Tributario de immensa gratidão, mas pequeno para retribuir-te tão grande e sagrado dever, eu espero do Omnipotente a justa recompensa que merece o teu portentoso acto de suprema caridade.

A MINHAS QUERIDAS IRMÃS

As Exmas. Sras.:

D. Maria do Carmo Goulart
D. Joanna Baptista Goulart de Miranda
D. Libania Goulart da Silva Penna
D. Rita de Cassia Goulart.

A MEUS QUERIDOS IRMÃOS

Os Illms. Srs.

Dr. Antonio Goulart Villela
Dr. Cornelio Goulart Villela Bueno
Octavio Goulart Villela

AMOR DE IRMÃO.

A MEUS CUNHADOS

Os Illms. Srs.

Eduardo Goulart de Miranda
Gustavo José da Silva Penna

E

A MEUS SOBRINHOS

AMIZADE.

A MEU PREZADO AMIGO E PADRINHO

O Revm. Sr. Vigario
José Bento Ferreira de Mesquita

E AOS

DOUTORANDOS MINEIROS DE 1886

SINCERA AMIZADE.

A MEUS COLLEGAS

E

AOS DOUTORANDOS DE 1886

RECORDAÇÃO.

A' FACULDADE DE MEDICINA DA CÔRTE

DISSERTAÇÃO

Apresentação de espadoa, indicações desta apresentação

Une these............................

...

Il faut du temps, des soins et ce penible ouvrage
Jamais d'un étudiant ne fut l'apprentissage.

BOILEAU.

Primeira parte

Conhecida desde a mais alta antiguidade, a apresentação de espadoa figura nas classificações antigas e modernas como a mais prejudicial á mulher e ao nascituro, cuja vida é ainda hoje sacrificada em beneficio da mãi, quando a arte se esgota e não conta mais um só recurso para evitar uma mutilação, em cuja pratica está a salvação de uma das vidas compromettidas e o cumprimento de um dever duramente imposto pela consciencia de cada um.

Se o conhecimento da apresentação de vertice deve preceder á qualquer intervenção do pratico, é absolutamente contra indicada, sob pena de cruel responsabilidade, a pratica de varias operações obstetricas quando suspeita-se apenas que se trata de uma apresentação de espadua, que torna-se irremediavel por uma intervenção imprudente.

E' infinitamente preferivel deixar a natureza operar *motu proprio* a praticar uma simples operação sem verdadeiro conhecimento de causa.

Não sómente o parto é uma funcção physiologica, como tambem, em caso de duvida, a regra a seguir é dictada em termos precisos pela divisa do ho mem sensato : *in dubio abstine*.

E' de summa importancia o conhecimento da apresentação de espadoa ou de tronco, que tem logar todas as vezes que o plano lateral do feto é a primeira parte que occupa o estreito superior da bacia. Outr'ora, sómente as apresentações erão

conhecidas ; as posições, ou as relações que certos pontos da parte apresentada guardam com outros pontos convencionaes do estreito abdominal, foram estudadas por Solayrès (de Renhac) e por Baudelocque, cuja classificação, caracterizada pela complexidade, ainda hoje é a base das classificações modernas.

Foi este o grande passo na sciencia, o mais primoroso e soberano que deveria immortalizar os dous benemeritos da sciencia, Solayrès e Baudelocque.

Depois da classificação de Baudelocque, appareceram as de Capuron, Gardien, Dugès, Maygrier, Flamand, etc., que apezar de complexas, são ainda consultadas na época actual.

Um dos mais celebres personagens na historia das apresentações, a quem cabe a gloria de as ter reduzido e submettido á uma classificação simples, é sem duvida a infatigavel parteira, Mme. Lachapelle, que, notando que as partes principaes do feto que occupavam o estreito superior eram a extremidade cephalica em flexão ou em extensão, a extremidade pelviana com os membros abdominaes em extensão ou em flexão e finalmente o tronco do feto que se apresentava por um dos planos lateraes, reduzira o numero das apresentações, então admittidos.

Dividindo em apresentações francas e em variedades, que em nada modificam a apresentação principal, a classificação de Mme. Lachapelle é acceita por muitos parteiros illustres. Nægel simplifica as classificações antes adoptadas, considerando como apresentações distinctas as das extremidades cephalica, pelviana e a apresentação do tronco.

Por si se impõe a imperiosa necessidade de simplificar as classificações das apresentações e posições: o parteiro deverá tel-as, no momento urgente de prestar os cuidados da sua profissão, presentes ao espirito.

Sem prévio conhecimento da apresentação, o parteiro se

exporia a erros imperdoaveis, pela pratica das mais simples operações que, mal effectuadas, intempestivas ou tardias, dariam motivo a que a posteridade o apontasse.

Se é necessario conhecer as relações que, em bôa apresentação, tem o feto com o estreito superior, maxime quando se trata da apresentação de tronco, cuja terminação favoravel mais vezes depende do auxilio prestado pela arte. E' essencial conhecer a apresentação de tronco e a respectiva posição, antes que ellas se imponham, caso em que os recursos prestados pela arte são muitas vezes improficuos. Se a apresentação de tronco passar despercebida, as membranas romper-se-hão, o feto será insinuado na excavação, tornando a versão, operação que muitas vezes dá bons resultados quando praticada a tempo, mui difficil e ás vezes impossivel.

Para que o pratico veja sanccionado pela arte o seu proceder, não deverá recuar perante as difficuldades que o exame delicado e cheio de responsabilidades muitas vezes se lhe offerece.

E' mui séria a posição do parteiro, principalmente quando se reflecte que duas vidas lhe são confiadas, e que ambas, em um só momento, podem ser gravemente compromettidas.

Apresentação.—Grande é a divergencia, ainda existente entre os autores, sobre a denominação que dever-se-ha conservar ás apresentações de espadoas e posições respectivas.

Mme. Lachapelle, notando que a espadoa é a parte mais saliente e que, na apresentação do plano lateral, occupa ordinariamente o centro do estreito superior, denominou apresentação de espadoa; denominação hoje admittida por grande numero de autores.

Alguns autores têm designado sob o nome de apresen-

tação transversa, a apresentação de espadoa. Esta denominação não é unanimemente acceita, visto que os dous polos do feto não se acham nas extremidades de uma linha directamente transversal.

O feto, em apresentação de tronco, é obliquo de cima para baixo, de modo que uma das extremidades occupa a fossa iliaca de um lado e a outra corresponde ao lado opposto, e é situada acima da fossa iliaca deste lado.

A apresentação de espadoa é ainda hoje conhecida sob o nome de apresentação do plano lateral por muitos autores, que distinguem um plano lateral direito, outro esquerdo; não conservam, porém, em suas classificações as apresentações de abdomen, dorso, etc., admittidas pelos autores antigos.

São regulares as apresentações de tronco quando o plano lateral do feto corresponde ao centro do estreito abdominal, irregulares quando o plano lateral apresentado é mais ou menos inclinado.

No numero das apresentações irregulares se inserem as antigas apresentações de abdomen, dorso, parte anterior do thorax, etc., que não são mais acceitas nas classificações modernas, porque não constituem apresentações distinctas: são variedades da apresentação de espadoa.

Outr'ora denominava-se apresentação da mão, quando esta pendia do canal pelviano; mas esta denominação cahira em merecido desuso porque apenas indica a apresentação da espadoa, ordinariamente.

Antigamente a queda da mão do feto era considerada um accidente que requeria um tratamento especial, actualmente, porém, este epiphenomeno que facilita o diagnostico, em nada influe sobre as operações que a apresentação de espadoa exige, sómente indica que o trabalho do parto já começára e que a terminação favoravel é quasi impossivel, se

uma versão em tal caso, não tiver mais indicação, o que não é raro.

Antes da queda da mão patentear a apresentação da espadoa, o parteiro deverá substituir esta apresentação por outra, ainda que o feto esteja morto; porque não é só este que soffre durante a evolução espontanea e que as vezes deverá ser mutilado; tambem a parturiente depois de longos soffrimentos implora com desespero um pequeno repouso que as vezes só a morte lhe concede.

Posição. — Quando o tronco do feto apresenta-se em primeiro logar, a cabeça do feto é collocada em um dos lados da grande bacia; dahi vem as denominações de posições cephalo-iliacas direita ou esquerda, conforme o lado da bacia occupado pela extremidade cephalica do ovoide fetal.

Segundo a classificação de Nœgele et Grenser, a primeira posição de espadoa é indicada pelo dorso do feto voltado para a parede anterior do utero e a segunda quando o dorso é voltado para o sacro da mulher.

Em primeira posição da espadoa direita ou esquerda, a extremidade cephalica do ovoide fetal occupa a fossa iliaca esquerda da mulher, e a segunda posição de qualquer das duas espadoas tem logar quando a cabeça fetal estiver ao lado direito da mulher. Jacquemier, tomando no feto o acromion para ponto de reparo, denominou posição acromion-iliaca direita ou esquerda em vez de cephalo-iliaca direita ou esquerda.

Na primeira posição da espadoa direita ou esquerda, o acromion e a cabeça do feto occupam o lado esquerdo do utero; na segunda posição de qualquer das espadoas, o acromion e a extremidade cephalica do feto occupam o lado direito do utero. As variedades das posições nas apresentações

de espadoas não têm importancia: não influem sobre as operações requeridas pelas apresentações de espadoa. A divergencia que se nota nas classificações das posições é justificada pelas condições differentes em que pratica-se a versão pelviana.

Quando o feto apresenta-se de espadoa, a cabeça póde estar mais ou menos proxima da região pubiana da bacia; mas pouco importa isso, o tempo urge, porque não se deve esperar uma terminação feliz pela evolução espontanea, que é além de grave muito problematica.

Causas.—O professor Cazeaux divide as causas da apresentação de tronco em predisponentes e em determinantes; estas ultimas não são mais do que accidentes infelizes tendo logar durante o estado delicado da gestação. As causas predisponentes residem:—ora no utero, ora no feto e annexos, as vezes na bacia viciada, ou ainda na reunião destas condições.

Os annexos do feto não são estranhos a apresentação de tronco, dadas certas condições como sejão: a inserção viciosa da placenta, a hydropisia do amnios. A fórma globular, que adquire o utero na hydropisia do amnios, faculta ao feto grande mobilidade, podendo este deslocar-se de bôa apresentação e vir apresentar-se de tronco; apresentação esta que poderá ser conservada até a época do trabalho. São mui frequentes as apresentações de espadoa quando o parto se effectua prematuramente, por causa, certamente, da mobilidade de que goza o feto, ainda pequeno, no utero desenvolvido. Neste caso, como no precedente, o feto póde deslocar-se, e, no momento do trabalho começar, é apresentado o plano lateral do tronco, que persistirá, se outra causa não substituir esta apresentação pelas apresentações das extremidades cephalica ou podalica.

Predispoem á apresentação do tronco ao molestias do feto: a ascite, espinha bifida, hydrocephalia.

Na hydrocephalia, o mecanismo da transformação de uma posição qualquer de vertice em apresentação de espadoa é o seguinte : a cabeça fetal mui volumosa, não podendo accommodar-se no estreito superior da bacia, desliza-se para uma das fossas iliacas ; ao mesmo tempo a extremidade pelviana do feto desce no utero, do lado opposto á cabeça, e a espadoa ou o plano lateral do feto occupa o estreito, constituindo a apresentação de tronco. Por identico mecanismo, a apresentação de vertice é substituida pela apresentação de espadoa, quando ha obliquidade uterina.

A extremidade cephalica, recebendo a impulsão da força, em direcção obliqua, em vez de insinuar-se, eleva-se á uma das fossas iliacas ; ao mesmo tempo a região pelviana desce no lado opposto.

Quando o estreito superior é retrahido, a cabeça do feto, não podendo insinuar-se, de modo semelhante ao precedente chega a occupar um dos lados do utero, e o tronco chega ao estreito. Uma condição, cuja influencia, na apres entação de tronco, parece incontestavel, é o vicio de conformação uterina consistindo no augmento do diametro transverso do utero. Segundo a lei de accommodação, o grande diametro do ovoide fetal corresponderá ao diametro do utero ; conseguintemente, se a fórma do utero permittir, ao feto a accommodação em apresentação de tronco, esta permanecerá até a época do parto, se a versão espontanea ou artificial não substituil-a por outra apresentação.

Além de Wigand, o augmento do utero no diametro transverso fôra observado por Baer, Hergott e por Polailon, que refere um caso em que o utero era bilobado. As apresentações successivas de espadoa, como observára Joulin e outros autores, talvez indiquem um vicio de conformação uterina, que parece ser uma causa determinante e não predisponente. São ainda

enumerados como causa predisponente, os tumores uterinos, cuja influencia sobre a apresentação do feto é incontestavel, caso seja o tumor volumoso.

As causas determinantes da apresentação de tronco não têm tido interpretação satisfactoria. Durante a gestação, o organismo materno torna-se mui sensivel ás impressões moraes como: oterror, uma comoção violenta, que podem momentaneamente ser causa da apresentação do tronco. De ordem mecanica, são acceitas por alguns autores as seguintes causas que determinam a apresentação do tronco: as viagens excessivas, os passeios immoderados, os movimentos inesperados e bruscos por occasião de uma queda, etc. Ainda reina grande divergencia, entre os autores, sobre as causas da apresentação do tronco; o que motivou de Churchilla seguinte phrase: « I think all the explanation as yet offered are insufficient).

Frequencia. — A frequencia da apresentação do tronco, infelizmente um pouco maior do que a da apresentação da face, é demonstrada por muitas estatisticas de observadores conscienciosos.

Depaul, em 16,233 apresentações, contára 189 apresentações de espadoa; Merriman só contára uma, em 255 apresentações; P. Dubois contára em 2,200 apresentações, 13 apresentações de espadoa, Pinard, em 100,000 apresentações, notára a de espadoa 806 vezes. Quando o parto effectua-se prematuramente, o numero da apresentação do tronco attinge á proporção de 1:31; tambem se nota o augmento de frequencia quando o feto está morto ou quando a placenta é prévia. Em 21 apresentações, uma será do tronco se a placenta achar-se inserida no collo uterino.

A prenhez multipla faz crescer o numero das apresentações

do tronco á proporção de uma sobre 49, segundo as estatisticas de Ramsbotham, Collin, etc.

E' extraordinaria a frequencia da apresentação do tronco quando a bacia é estreita: uma apresentação do tronco para sete apresentações.

Segundo Nœgelle, Grenser, Lachapelle, as posições do tronco dorso-anteriores são mais frequentes do que as posições dorso-posteriores, sendo a primeira da espadoa direita a mais frequente das posições de espadoa.

As estatisticas de Depaul não estão de accôrdo com as de M[me]. Lachapelle: é mais frequente a apresentação da espadoa direita do que a da espadoa esquerda; porém é mais frequente a segunda posição da espadoa direita do que a primeira da mesma espadoa.

DIAGNOSTICO

Apalpação. — Mercurio Scipio em 1601, utilizava-se da apalpação, e depois, Rœderer, Smellie, Baudelocque, Wigand, Schimidh, Hool e Velpeau utilizaram-se deste meio, que é um dos mais importantes para o diagnostico da apresentação de espadoa.

Durante a prenhez, quando o feto apresenta-se em primeira posição da espadoa direita ou em segunda da espadoa esquerda, o dorso é voltado para diante, constituindo uma linha dirigida de cima para baixo e de um para outro lado do abdomen da parturiente. Examinando com os dedos applicados sobre a parede abdominal da mulher, em decubito dorsal, distingue-se a linha constituida pelo dorso ou pelo lado do tronco; a extremidade cephalica sob fórma de um tumor duro occupando a fossa iliaca, a depressão da nuca fetal ou a depressão que existe entre a cabeça e a espadoa; a extremidade pelviana occupando o lado opposto á cabeça, em relação com as ultimas costellas. Em primeira posição da espadoa esquerda, em segunda da espadoa direita, o dorso do feto, sendo voltado para a parede posterior do utero, não será observado pela apalpação; distingue-se, entretanto, os tumores formados pelas extremidades polares do ovoide fetal, e como no caso precedente, a apalpação revela a vacuidade da pequena bacia, se procede este exame durante a prenhez.

Pinard attribue grande importancia ao *ballottment*

abdominal, nas apresentações de espadoa, porque só a cabeça do feto póde dar essa sensação, accusando, portanto, o logar por ella occupado.

Durante o trabalho.— A linha de união entre as extremidades fetaes, obliquamente dirigida de cima para baixo e de um para outro lado do utero, torna-se quasi vertical durante o trabalho do parto; e a pequena bacia, examinada por essa occasião, contém o tronco do feto mais ou menos insinuado. Antes da ruptura do bolso de aguas, é a apalpação o melhor meio de diagnostico, porque o tocar, nestas condições, pouco auxilia; a auscultação nem sempre esclarece, e tem o parteiro urgente necessidade de conhecer a apresentação e a posição respectiva. E' á apalpação que se deve recorrer em primeiro logar, como o meio mais commodo para a parturiente, e que, nas apresentações de espadoa, antes de começar o trabalho, mais vezes esclarece o parteiro, que póde então firmar o diagnostico e operar incontinente.

Escuta.— A escuta dos ruidos do coração fetal, que ora presta innumeros serviços, fôra a observação de Mayor (de Lausanne), cirurgião em Genova, a quem cabe a gloria da descoberta. Depois da observação de Mayor em 1818, Laennec, Lejumeau (de Kergaradec), que ignoravam a descoberta de Mayor,estudaram este assumpto,a que ligaram grande e merecida importancia. Estando a parturiente em decubito dorsal, com o abdomen coberto por uma toalha, o parteiro, armado ou não de um stethoscopo, reconhecerá o fóco dos ruidos cardiacos, situado na linha mediana ou pouco distante desta e ao nivel da cicatriz umbilical da mulher ou no hypogastrio. Segundo Depaul, que minuciosamente estudára este assumpto, o fóco dos ruidos do coração fetal acha-se abaixo da

cicatriz umbilical, quando o dorso do feto é anterior, e propagam-se os ruidos em sentido transversal. Tarnier contesta a primeira proposição de Depaul, porque, durante a prenhez, o fóco dos ruidos é situado acima ou ao nivel da cicatriz umbilical da mulher; e durante o trabalho do parto os ruidos se propagam em linha vertical, de modo que a escuta não basta para o diagnostico da apresentação do tronco. Segundo o Dr. Rodrigues dos Santos, os ruidos, na primeira e segunda posição da espadoa direita, são percebidos na linha mediana do abdomen da parturiente, e ao lado desta linha quando o feto está em apresentação de espadoa esquerda. Varias condições difficultam o exame dos ruidos cardiacos do feto: a interposição de algumas alças intestinaes ao utero e ao ouvido do observador, a hydropisia do amnios, etc. E' excepcional a ausencia dos ruidos cardiacos quando a prenhez está adiantada, (Depaul).

Guiado pelos ruidos do coração fetal, o parteiro é muitas vezes autorizado a proceder á operações mui serias, com o fim de salvar o feto, assim como em ausencia das pulsações cardiacas do feto, em certos casos o parteiro não hesita em seccional-o.

Tocar.— Este exame sério, ordinariamente effectuado pelo parteiro, é de grande utilidade, porque muitas vezes revela a apresentação e a posição do feto. Quando o tronco é a parte do feto apresentada, a exploração por meio do dedo index, ordinariamente não attinge-a, se as membranas do ovo conservão sua integridade.

Quando o trabalho do parto tem começado, estando rompidas as membranas, o exame torna-se mais util, porque o dedo do pratico toca diversos pontos da espadoa, do lado do thorax, do braço, etc., resultando deste exame o diagnostico irrecusavel da apresentação de espadoa.

Pela exploração, effectuada por meio do dedo, o parteiro percebe superficies resistentes e depressões que lhes são parallelas: são as costellas e os espaços intercostaes, que são assim percebidos quando a parede thoracica occupa o centro do estreito superior.

Um tumor volumoso em que distingue-se um outro menor e saliente, é constituido pelo vertice da espadoa; sendo o pequeno tumor formado pelo acromion.

O concavo axillar, a clavicula, a espinha do omoplata, o angulo inferior do escapular, taes são outros pontos que o parteiro examinará com a exigida attenção, para conhecer a apresentação de espadoa.

Não é bastante saber que o feto apresenta-se de espadoa; é tambem necessario diagnosticar a posição cujo conhecimento deve preceder á intervenção do pratico, para a terminação feliz da operação.

Se o vertice da cavidade axillar estiver voltado para o lado esquerdo do utero, a extremidade cephalica tambem estará a esquerda, portanto, dignostica-se primeira posição da espadoa direita ou esquerda. Quando o vertice da cavidade axillar estiver voltado para o lado direito do utero, a posição, em que se acha o feto, é a segunda da espadoa direita ou esquerda.

O omoplata do feto indica a relação do dorso fetal com o utero: se o omoplata está em relação com a parede anterior do utero, o dorso fetal tambem guarda a mesma relação; se o omoplata é voltado para o sacro da mulher, a posição do feto, é dorso posterior. Quando a mão do feto acha-se no exterior, para conhece-la é bastante que ella seja posta com a face palmar voltada para diante e para cima, porque o dedo pollegar será voltado para a direita da mulher, se a mão é a direita, e para a esquerda, no caso contrario. Depois de distinguir a

mão do feto, resta ainda saber se a cabeça está á direita ou á esquerda da mulher, para o pratico diagnosticar a posição. Um meio facil de conhecer a mão do feto é o seguinte: o parteiro tendo a propria mão em attitude de apertar a mão do feto, como se o comprimentasse, verá que as mãos corresponder-se-hão, se a mão do feto é a direita; não se corresponderão, no caso contrario, isto é, mão direita do parteiro e esquerda do feto. Quando o cotovelo, é accessivel ao dedo do pratico que o explora, é reconhecido pelas saliencias osseas: condylo, epicondylo e olecrana. O logar occupado pelo cabeça fetal é indicado pelo cotovelo, cuja direcção lhe é opposta; as relações do dorso fetal, são indicadas pelo antebraço, que está em relação com o plano anterior do feto. Por simples inspecção ás vezes póde-se distinguir qual é das mãos do feto a que apparece no exterior, e conhecer ao mesmo tempo a posição do dorso fetal. A face dorsal da mão do feto é voltada para o lado occupado pela cabeça, e o dedo minimo para o plano dorsal do feto. Confirmado o diagnostico de uma apresentação de espadoa e da respectiva posição, o parteiro deverá intervir, sem perda de tempo; uma demora de alguns minutos apenas, póde tornar-se mui prejudicial ás duas vidas que lhe são confiadas, e o pratico não deve confiar aos esforços da natureza, senão em caso mui especial, um parto duvidoso e até excepcional como o do caso vertente.

PROGNOSTICO

Quando o tronco do feto é a primeira parte que occupa o estreito superior, o prognostico é tão grave que o parteiro, solicito no cumprimento do seu dever, não hesita, um só momento, em intervir com os recursos que a arte lhe faculta.

Não é bastante saber que se deve intervir; é tambem necessario saber precisar o momento dessa intervenção.

A evolução expontanea é rarissima, e espõe o feto á morte, ordinariamente, e a parturiente aos perigos desse longo e penoso trabalho, ás vezes interminavel.

Além das dôres physicas, outras de ordem superior, que serão certamente mais violentas, apparecem quando a mulher, pelo extincto de conservação que lhe é proprio, consente na mutilação do filho, para a salvação da propria vida.

Algumas vezes, a criança vive depois da evolução expontanea, como prova a seguinte estatistica de Velpeau: sobre 137 crianças, 125 morreram; portanto 12 crianças salvaram-se.

A evolução expontanea é menos grave, caso reunão-se as condições seguintes: bacia ampla, contracções uterinas energicas, feto pequeno. A evolução expontanea é mui difficil, quando o feto é volumoso, ou ainda, quando o utero não favorece a expulsão do feto, com a energia que o caso exige. Depois de começado o trabalho do parto, a procidencia do braço fetal é frequente, e facilita o diagnostico, mas é grave o prognostico,

porque a procidencia do braço indica a insinuação da espadoa, que é ás vezes irremediavel.

A apresentação de espadoa indica uma operação a effectuar, qualquer que seja a posição do feto e o estado deste, de saude ou de morte.

O prognostico torna-se mui favoravel á mulher e á criança quando, naturalmente, á apresentação de espadoa é substituida pelas apresentações do vertice ou da região pelviana.

É ainda grave o prognostico, quando um dos fetos, no caso de prenhez multipla, apresenta-se de espadoa ; é claro que as manobras neste caso são mui perigosas.

VERSÃO ESPONTANEA

A natureza auxilia muitas vezes á mulher e ao nascituro postos em perigo por uma apresentação viciosa : é a versão espontanea, que consiste na substituição de uma apresentação de espadoa pelas apresentações das extremidades cephalica ou pelviana do feto. Operada a versão espontanea, os perigos são ordinariamente conjurados ; porque o parto effectua-se como se nada houvesse durante a luta emprehendida para operar a versão. Ordinariamente a versão espontanea tem logar quando o trabalho está em comêço ; porque as contracções uterinas podem deslocar o feto, elevando uma das suas extremidades pela parede lateral do utero ; ao mesmo tempo, a outra extremidade fetal vem occupar o estreito. Depois da ruptura das membranas, a mobilidade do feto é menor, porém, as contracções uterinas são mais fortes, de modo que, ás vezes, a espadoa não é insinuada, mas repellida do estreito, que finalmente será occupado por outra parte do feto.

Segundo alguns autores, a causa da versão espontanea

reside nas contracções regulares do utero, nos movimentos do feto auxiliado pelo liquido amniotico, e na fórma do utero.

O professor Cazeaux admitte que as contracções irregulares do utero possam produzir a versão espontanea, cuja explicação por elle apresentada é a seguinte : « Si l'on suppose, en effet, que le fœtus étant placé en position cephalo-iliaque gauche de l'épaule droite, le côté gauche de la matrice se contracte seul, le côté droit restant inerte, on comprendra facilement que tout l'effort expulseur, s'exerçant alors sur la tête, aura pour résultat de l'abaisser vers le centre du détroit superieur.»

Segundo o Barão de Saboia e illustres operadores, não são as contracções irregulares, mas sim a direcção dos movimentos excito-motores effectuados pelo feto, a fórma do utero, que determinam a apresentação, ora pelviana, ora cephalica, por meio da versão espontanea.

Eis o que se lê no livro do illustre professor Saboia[1]: «Les contractions partielles ou irrégulières de l'uterus concourrent seulement à séparer le liquide amniotique du corps fœtal, mais dans aucun cas elles ne déterminent l'abaissement et l'engagement de l'une des extrémités du fœtus, sauf quand elles s'exercent sur l'ovoide entier répresenté par le produit de la conception. Si celui-ci était soumis à cette contraction partielle de la matrice, il serait, nous le croyons, plus naturelle qu'il cherchât un point de la paroi de cet'organe diamétralement opposé à celui sur lequelle agit la contraction, plutôt que le centre du canal pelvien, où il ne peut y avoir rien qui le retienne. »

São raccionaes e satisfactorias as explicações de Wigand e de Cazeaux, relativas á versão espontanea. Geneuil[2] refere

[1] V. *Saboia*, pag. 317.
[2] *W. S. Playfair*, pag. 431 (Traité théorique et pratique de l'art des accouchements. traduit par le Doucter Vermeil.

uma observação de versão espontanea operada pela contracção parcial do utero. Busch, Kuhn, etc., observam a versão espontanea; tambem o professor Saboia a observára em 1868, quando prestára cuidados á uma parturiente que já tinha dado a luz á uma criança, contendo ainda no utero outra, em primeira posição de espadoa direita.

Antes de ser effectuada a versão artificial, a apresentação da espadoa foi substituida pela apresentação do vertice, e o parto terminou favoravelmente.

Depois da procidencia do braço do feto, a versão espontanea ainda póde effectuar-se, salvando a mulher e o feto que estariam, talvez irremediavelmente votados á morte proxima.

EVOLUÇÃO ESPONTANEA

O parto natural pelo tronco, evolução espontanea pelviana, é um facto mui raramente observado, não só pelas difficuldades que encontra o feto em sua passagem atravez do estreito como pela intervenção do pratico ou da natureza, mudando a apresentação. A evolução espontanea cephalica não é admittida por muitos autores que vêm neste caso um aborto e não um parto a termo.

Muitos autores descrevem em quatro tempos o mecanismo da evolução espontanea : diminuição de partes, insinuação, rotação e desprendimento do tronco. Torna-se mui comparavel ao mecanismo do parto pelas extremidades cephalica e pelviana o mecanismo da evolução espontanea effectuada em seis tempos, como a descreve Tarnier.

A evolução espontanea é effectuada em seis tempos, classificados pela ordem numerica ou pelos movimentos a que o feto é submettido em primeiro tempo ou diminuição de partes,

segundo tempo ou insinuação, terceiro tempo ou rotação, quarto tempo ou desprendimento do tronco, quinto tempo ou rotação da cabeça, sexto tempo ou expulsão da cabeça.

As relações das partes fetaes entre si, antes da ruptura das membranas não têm nada de particular; mas as relações do feto com o utero são mui differentes das que são notadas nas outras apresentações.

As relações que o feto guarda com o utero, em primeira posição da espadoa direita ou esquerda são as seguintes: a extremidade cephalica occupa a fossa iliaca da mulher, do lado esquerdo,a região pelviana do feto é collocada á direita do utero em um plano mais elevado, e uma das espadoas occupa o estreito superior da bacia. O dorso do feto estará voltado para diante, e o plano anterior, em relação com a parede posterior do utero quando o estreito abdominal fôr occupado pelo plano lateral direito do feto, em cephalo-iliaca esquerda.

Em segunda posição da espadoa direita ou da esquerda, a cabeça do feto é collocada na fossa iliaca direita da mulher; a região pelviana á esquerda da linha mediana, em relação com as ultimas costellas da mulher. Se a espadoa esquerda occupa o estreito, estando a cabeça do feto á direita da mulher, o dorso do feto é voltado para a parede anterior do utero; o plano esternal do feto, em relação com a parede uterina posterior; e o plano lateral direito do feto é voltado para cima. Em primeira posição da espadoa esquerda e em segunda da espadoa direita, o dorso do feto está em relação com a parede uterina posterior e o plano esternal com a parede uterina anterior; mas a extremidade cephalica estará á esquerda da linha mediana da mulher, se o estreito é occupado pela espadoa esquerda do feto; se é a espadoa direita que occupa o estreito, a cabeça do feto estará em relação com a fossa iliaca direita da mulher.

Durante o primeiro tempo, o plano lateral do feto que está voltado para cima, soffre uma inflexão, e o ovoide fetal tende a insinuar na escavação a espadoa apresentada; mas o grande eixo fetal não podendo ser contido nos diametros do estreito, a insinuação fica incompleta. A cabeça fetal, por um movimento de rotação, approxima-se do pubis; o lado inferior do pescoço fetal, applicado na parede anterior da bacia, permitte a projecção da espadoa inferior na arcada pubiana, onde ella se fixa, e a extremidade pelviana do feto, approximada do sacro da mulher, pela rotação effectuada no terceiro tempo, desliza-se pela concavidade deste osso, e é expellida, repellindo fortemente para diante o perineo da parturiente.

Apparece successivamente para diante da commissura anterior do perineo: a parte lateral superior do peito, a região lombar lateral, a região glutea do mesmo lado, a coxa, etc. Depois da expulsão do tronco, a cabeça do feto e o braço superior são expellidos, depois de ter aquella soffrido um movimento de rotação que a approxima do pubis, onde o occiput é fixado. Durante a expulsão da cabeça, apparecem successivamente para diante da commissura anterior do perineo: o mento, a face, a fronte, a fontanella anterior, etc. Os dous ultimos tempos do mecanismo do parto pelo tronco são effectuados rapidamente; porque a cabeça do feto, encontrando o perinêo, ha pouco destendido, desce facilmente no canal pelviano.

As contracções uterinas, causa efficiente do parto, repellem fortemente o ovoide fetal para a escavação; mas, antes passam os seguintes phenomenos physiologicos: o collo dilata-se pouco a pouco e deixa passar as membranas do ovo, que, segundo Stein, Ducudrai, etc., formam um bolso de aguas cylindrico ou elliptico; as mucosidades (glaires) augmentam-se.

O feto ainda protegido pelo liquido amniotico, nada soffre;

a parturiente, porém, é atormentada por dôres que se renovam a cada instante; tendo o pulso frequente, á face ardente, o corpo coberto de suor, e em anxiedade extrema, implora a morte para allivio dos seus interminaveis soffrimentos.

Primeira posição da espadoa direita

Primeiro tempo.—DIMINUIÇÃO DA PARTE APRESENTADA. —Durante o primeiro tempo, as contracções uterinas produzem a inflexão lateral do grande diametro do feto, de modo que a região pelviana do feto, que antes estava ao lado direito da mulher, approxima-se da linha mediana. Dobrado o feto pelo plano lateral esquerdo, que, no caso vertente, é o plano superior, o segundo tempo começa.

Segundo tempo.—INSINUAÇÃO.— As extremidades do ovoide fetal, applicadas aos lados da bacia, não são repellidas para a escavação; e, durante este tempo, só a espadoa direita é insinuada profundamente; mas a insinuação fica incompleta, porque o diametro do feto que tende a insinuar-se, é maior do que o diametro correspondente da bacia.

O pescoço do feto, applicado por seu lado direito á parede lateral esquerda da bacia, não mede a altura desta, que é de $0,^{m}095$; portanto, a espadoa direita, não podendo exceder o extreito inferior, sómente será insinuada tanto quanto o comprimento do pescoço fetal o permittir.

Terceiro tempo.— ROTAÇÃO.— A extremidade cephalica do feto, collocada na fossa iliaca esquerda da bacia, repellida pelas contracções uterinas, não é insinuada na excavação, por causa da resistencia que a fossa iliaca lhe oppõe, e tambem porque a cabeça repellida com a extremidade pelviana

do feto, evidentemente não póde ser insinuada ao mesmo tempo que esta, mas a cabeça do feto approxima-se da symphyse pubiana, por um movimento de rotação da esquerda para a direita, e a insinuação da espadoa direita completa-se. O movimento de rotação, que faz approximar a cabeça do feto da região pubiana da bacia, leva tambem a extremidade pelviana do feto á symphyse sacro-iliaca direita da mulher.

Depois do movimenio de rotação, que trás a cabeça fetal para o pubis, o pescoço podendo medir a altura da symphyse, a espadoa direita faz saliencia nas partes molles, e a insinuação completa-se, ao mesmo tempo que a quarta phase do mecanismo do parto começa.

Quarto tempo.—DESPRENDIMENTO DO TRONCO.— A região pelviana do feto, repellida fortemente pelas contracções uterinas, se desliza, pelo lado direito, na concavidade do sacro, deprimindo e repellindo o perineo para diante; logo apparecem para diante da commissura anterior do perineo as seguintes partes fetaes, que se succedem: a parte lateral direita e superior do thorax, a parte inferior do mesmo lado, a região lateral direita dos lombos, a região glutea direita, a coxa direita e, finalmente, o tronco é expulso.

Quinto tempo.— ROTAÇÃO DA CABEÇA.— Depois da expulsão do tronco fetal, a cabeça soffre um movimento de rotação, de modo que a nuca do feto é applicada finalmente na symphysis pubiana, onde toma um ponto de apoio em torno do qual gyra a cabeça, passando a face pela parede posterior do canal pelviano.

Sexto tempo.—EXPULSÃO DA CABEÇA.—Como no parto pelo pelvis, durante a expulsão da cabeça, a face fetal desliza-se pela parede posterior do canal pelviano, apparecendo

successivamente para diante da commissura anterior do perineo: o mento, a face, a fronte e a fontanella anterior. Depois da expulsão do tronco, o braço esquerdo do feto, ficando no utero, ao lado da cabeça, é finalmente expulso com esta pelas contracções uterinas.

Segunda posição da espadoa direita

Em segunda posição da espadoa direita, o feto tem o dorso voltado para a parede uterina posterior, a cabeça na fossa iliaca direita, a região pelviana acima da fossa iliaca esquerda da mulher e a espadoa direita ou o plano lateral direito voltado para o estreito abdominal. O plano lateral esquerdo soffre uma imflexão, pelas contracções uterinas, e a espadoa direita tende a insinuar-se durante o primeiro tempo.

Segundo tempo. — Insinuação. — A flexão que soffre o feto exagera-se, e a espadoa direita é insinuada em parte, não completando esta insinuação, porque o pescoço do feto não mede a altura da parede lateral direita da pequena bacia.

Terceiro tempo. —Rotação. — O feto, a principio collocado mais ou menos na direcção do diametro transverso, dirige, no terceiro tempo, a extremidade cephalica para diante até que ella occupe a parte superior do ramo horizontal do pubis; e a região pelviana é, por esse movimento de rotação, approximada do sacro da parturiente. A parte lateral direita do pescoço fetal medindo a altura da symphyse pubiana, a espadoa insinua-se completamente, e o braço direito do feto apparece no exterior, ordinariamente.

Quarto tempo.— Desprendimento do tronco. — A extremidade pelviana do feto desliza-se, por seu lado direito, na

concavidade do sacro, depois na parede posterior do canal pelviano, que é fortemente distendido, e apparece no exterior. Depois da parede lateral direita do thorax, das partes lateraes direitas da região lombar, da coxa direita, que apparecem successivamente, o pelvis desprende-se.

Quinto tempo.— Rotação da cabeça.— Pelo movimento de rotação da cabeça, que constitue o quinto tempo, o occiput será applicado contra a symphysis do pubis em torno da qual gyra a cabeça do feto, no sexto tempo.

Sexto tempo.— Expulsão da cabeça.— A face do feto percorre a parede posterior do canal pelviano, que é mais longa do que a parede anterior e apparece primeiramente ; depois vêm a fontanella anterior, a posterior e, finalmente, o occiput que era applicado contra a symphyse pubiana. O dorso fetal, na segunda posição da espadoa direita, conserva-se em relação com a parede posterior de todo o canal, comprehendendo a cavidade uterina; depois da rotação da cabeça, no quinto tempo, elle torna-se anterior. O mesmo se nota nas outras posições de espadoa e em todas as posições de nadegas ; esteja o dorso em relação com a parede posterior ou não, no sexto tempo, elle estará em relação com a parede anterior do canal pelviano, se o parto fôr natural.

E' esta uma lei geral que rege o parto natural, observada por Cazeaux, que a enunciou do seguinte modo : « Quel que soit le rapport primitif du plan postérieur du fœtus, il vient en définitif se mettre en rapport avec les parties antérieures du bassin ».

Primeira posição da espadoa esquerda

O mecanismo do parto, quando o feto está em primeira posição da espadoa esquerda, é inteiramente identico ao meca-

nismo já descripto na primeira posição da espadoa direita; as relações do feto com o utero são differentes: na primeira posição da espadoa esquerda, esta occupa o estreito, o dorso do feto está em relação com a parede uterina posterior, e o plano lateral direito é voltado para cima. A extremidade pelviana occupa o lado direito do utero e a cabeça do feto a fossa ilica esquerda, nas duas apresentações de espadoa: direita ou esquerda, em primeira posição.

Segunda posição da espadoa esquerda

A extremidade cephalica do ovoide fetal estando ao lado direito do utero, a rotação, no terceiro tempo effectua-se para a esquerda da mulher, e a cabeça chega ao ramo horizontal do pubis; a espadoa esquerda fixa-se; a extremidade pelviana, que se approximára do sacro, desce na escavação, e é finalmente expellida. O quinto e sexto tempo effectuam-se do mesmo modo que os correspondentes, na segunda posição da espadoa direita.

O feto raramente sobrevive ás pressões a que é submettido durante a evolução espontanea, como, evidentemente, o prova a seguinte estatistica apresentada por Denman: em 30 evoluções espontaneas, contára 3 fetos que sobreviveram; eram todos pequenos. E' condição mui favoravel ao parto a pequenez do feto, assim como a amplitude da bacia, a energia das contracções uterinas, etc.

Duração da evolução espontanea.— É longa a duração da evolução espontanea; póde ser de horas a dias, motivando graves accidentes: a atonia do utero, que é muitas vezes seguida de hemorrhagia; a ruptura desse orgão, que é um accidente gravissimo; além de outros accidentes, que appa-

recem durante o trabalho, ainda dependentes da longa duração desse parto difficil e ás vezes interminavel. A duração total da evolução espontanea não póde ser determinada com precisão; nem á tal observação, parteiro algum sacrificará a sua reputação. Póde-se, porém, affirmar que a duração total da evolução está sob a dependencia do volume do feto e da bacia da parturiente, da energia das contracções uterinas e, finalmente, da maior ou menor resistencia do perineo.

Na these de A. Pinard, destaca-se, entre os meios empregados para favorecer a evolução espontanea, o processo de Peu* descripto por este ultimo autor na observação seguinte: « Voici encore une des plus belles occasions que j'ai eues de pratiquer ma méthode, mais avec des circonstances qui méritent un long détail.

En 1656, je me transportai à La Chapelle, village près Paris, pour soulager la femme d'un tourneur chargé de sept enfants. L'état pitoyable où elle était réduite, par le mauvais traitement qu'on lui avait fait subir depuis huit jours de travail, donnait la compassion à tous ceux qui la voyaient souffrir. J'ai eu une vraie douleur et je remarquai d'ailleurs en elle une certaine constance si extraordinaire, qu'elle fit redoubler l'envie que j'avais de la tirer de ce mauvais pas. Les deux bras de l'enfant pendaient entre les cuisses de la mère, les épaules avancées, presque découvertes et fortement engagées, le cou sorti en partie. L'orifice interne de la matrice était tuméfié et tendait à la pourriture, l'enfant livide et presque corrompu.

Tout cela me fit juger que quoiqu'il se fût peut-être presenté le dos le premier, les mains et les bras en arrière toutefois ces parties n'avaient pu sortir si avant, ni être maltraitées au point que je les trouvai, sans une extrême violence.

Les choses en cette situation, il me parut que je devais

* Peu. *La pratique des accouchements*, livre II, pag. 406, an. 1664.

chercher le moyen de tirer l'enfant dans la posture où il venait, et sans le retourner, car les partues n'étaient plus en état d'être repoussées. Mais, comme je voulais éviter d'en arracher aucune, et que d'ailleurs étant corrompues, elles n'auraient pu résisterau moindre effort, je crus ne m'y pouvoir pas attacher. Aussi je pris un moyen plus sûr qui rendit même l'operation plus facile et moins longue. Ce fut d'introduire ma main à côté du corps de l'enfant au-dessous de l'aisselle, entre lui et l'orifice interne de la matrice ; puis de l'autre main, par le côté opposé, je poussai le crochet mousse fenêtré dans lequel je passai un lac de longueur suffisant, dont l'un des bouts pendait au dehors ; et des doigts de la première main, que je fis avancer par dessus la poitrine de l'enfant, ayant atteint l'autre bout de mon lacs, je le degageai du crochet, le conduisis sur la poitrine en forme de ceinture, le retirai avec ma main au dehors ; je joignis les deux bouts ensemble, que je fis tenir et tirer de droite ligne à mon gré par un serviteur, pendant que je conduisis la sortie de ce petit cadavre, en lui faisant plier aussi l'épine, et le tirant par les fesses comme j'ai dit des autres. Je délivrai ensuite la mère d'une arrière-faix desseché par la longue durée d'un si pénible travail et tellement adhérent et alteré que je ne pus le tirer que par portion et à diverses reprises. Elle recouvra sa santé en peu de jours, aîdée des remèdes convenables, selon les différents degrés de la crise c'est-à-dire d'embrocations, injections, potions, etc., dont j'ai parlé d'ailleurs. »

Segunda parte

INDICAÇÕES

E' mais eloquente do que um discurso a seguinte phrase de Levret « L'excellence de l'art de l'accoucheur consiste à sauver deux individus à la fois » Quando o feto vive, sendo possivel a sua salvação, o dever do pratico é cooperar para a salvação dos dous individuos; se, porém, as operações que ordinariamente salvam o feto e a parturiente não podem ser effectuadas, o parteiro ver-se-ha na dura necessidade de recorrer á secção cesariana afim de salvar os dous individuos.

Pela embryotomia, pode-se salvar a mulher; mas á ella recorre o pratico, sómente em caso extremo; visto que esta operação consiste em uma mutilação, e precisa ser mui justificavel. Felizmente as indicações desta operação são actualmente bem determinadas e acceitas em todo o mundo civilizado.

Questões importantissimas são ás vezes suscitadas quando se trata da apresentação de espadoa: ora a versão por manobras externas, ora a versão por manobras internas, será effectuada. Se o parteiro não póde mais esperar resultados destas operações, se não restar-lhe outro meio senão a mutilação do feto ou a pratica da hysterotomia, e não querendo, nestes casos, ser unico juiz de tão grave causa, temendo ser apontado pela posteridade, indaga primeiramente da vontade da familia e da parturiente se esta ainda póde deliberar, antes dessas operações cuja gravi-

dade exige a intervenção de alguns collegas, que auxiliem-no durante a operação, precisamente indicada. O parto prematuro artificial, sendo a bacia viciada, tem indicação ; visto que o parto a termo, mesmo depois da versão, póde motivar graves consequencias, que poderiam ser evitadas.

Quando o parto prematuro é indicado, o parteiro, antes de o provocar, effectuará a versão se se trata da apresentação de espadoa, o que não é raro, por ser o vicio de conformação da bacia uma predisposição ás apresentações de espadoa.

O tratamento seguido durante a evolução espontanea consiste em favorecer as contracções uterinas ; diminuir pelos meios apropriados a violencia das manifestações nervosas, a que a parturiente é sujeita quando o trabalho do parto prolonga-se além de certos limites.

Versão por manobras externas

Praticada, no Japão, pelos Kangawas, por barbaros processos, conhecida no Arabia, fôra a versão por manobras externas aconselhada por Hippocrates, Mercurio Scipio ; Rœsslein em 1513, Jacob Ruef em 1554, tambem aconselhavam-na, e Wigand apresentou ás Academias de Pariz e de Berlim uma memoria sobre este assumpto, que fôra ignorada por Hubert de Louvain, que em 1843 apresentára uma memoria sobre a versão por manobras externas.

Mattei augmentou o numero de indicações desta operação aconselhada por Velpeau, Lecorché Colombe, Stoltz e Nivert, a qual figura, por sua importancia, no numero das operações obstetricas ; é unanimemente acceita pelos parteiros modernos, em cujas obras é descripta com merecida attenção.

Alguns dias antes do trabalho, a versão por manobras

externas, cujo fim é fazer chegar á area do estreito superior, a extremidade cephalica ou pelviana do feto, tem sido praticada por muitos parteiros, que fixão a nova apresentação por uma cinta.

Pinard, que diz: « La version par manoeuvres externes, doit être pratiquée pendant la grossesse, dans tous les cas oú, après huit mois de gestation, la tête occupe une des fosses iliaques, ou le segment superieur de l'utérus », apresentou uma cinta que tem sido applicada por diversos praticos: Tarnier Ribemont, Chantreuil, Charpentier, etc.

A cinta eutocica de Pinard, applicada por espaço de muitos dias, determina insuportaveis incommodos, devidos á irritação da pelle, anxiedade; incommoda ainda por ser preciso desata-la para se proceder ao exame por meio da apalpação.

A albuminuria, observada pela compressão exercida pela cinta eutocica, é transitoria, e não occasiona eclampsia, como alguns autóres suspeitavam.

Muitos parteiros modernos preferem effectuar a versão por esse meio, durante o trabalho do parto, fixando a nova apresentação, dada ao feto, pela ruptura das membranas. Se o trabalho já tem começado, estando o collo dilatavel, muitos parteiros operão a versão podalica por manobras internas, ainda que a versão cephalica ou pelviana possa ser effectuada por meio das manobras externas.

Quando, durante o trabalho do parto, apparece algum accidente, como a hemorrhagia, não ha escolha entre as duas operações: a versão podalica por manobras internas será effectuada, sem perda de tempo.

Durante o trabalho, Ed. Martin pratica a versão por manobras externas applicando uma das mãos acima da região correspondente á extremidade fetal que deve ser baixada; com

a outra applicada abaixo da região que occupa a outra extremidade fetal, exerce forte pressão, continuando esta operação até que as contracções uterinas tornem-se fortes. Quando os intervallos das contracções são longos o parteiro póde retirar as mãos e tornar applical-as para novas pressões.

Nivert exerce pressões sobre a extremidade cephalica sómente. Evidentemente o processo de Ed. Martin deverá ser preferido ao de Nivert. Geralmente, a posição dada á mulher, durante a pratica desta operação, é o decubito lateral esquerdo; sendo, porém, a regra adoptada por alguns a seguinte: a mulher deverá deitar-se sobre o lado onde se acha a extremidade fetal que tem de descer ao orificio uterino. Antes de proceder á versão, o pratico firmará o diagnostico da apresentação, recorrendo aos meios que lhe são facultados pela arte.

Innumeros parteiros praticam a versão cephalica ou pelviana por manobras externas, exercendo pressões e fricções combinadas nas extremidades polares do feto, tendendo a elevar uma e a baixar a outra que occupará o estreito.

Tratando-se da versão por manobras externas, quando o feto apresenta-se de tronco, em primeira posição da espadoa direita, o pratico, ao lado direito do leito, exerce, com a mão direita applicada sobre o ponto correspondente á cabeça do feto, pressões tendentes a baixal-a; com a mão esquerda applicada sobre a região correspondente á outra extremidade fetal, por meio de pressões e fricções, tende a levar da direita para a esquerda da mulher a região pelviana, elevando ao mesmo tempo até ao fundo do utero esta extremidade fetal.

Quando o feto apresenta-se em primeira posição da espadoa esquerda, as manobras não differem das precedentemente descriptas.

Quando o feto se acha em segunda posição da espadoa direita ou esquerda, tem a estremidade cephalica ao lado direito

da parturiente, onde as pressões devem ser exercidas: acima da extremidade cephalica, se se trata da versão cephalica; abaixo, no caso da versão pelviana. Em ambos os casos, dever-se-ha fazer pressões sobre o lado opposto e em sentido inverso para favorecer a elevação da região pelviana ou a descida desta ao estreito abdominal.

Estas manobras, sendo perigosas quando a prenhez é multipla, devem ser contra-indicadas. A integridade das membranas do ovo é uma condição mui importante e quasi indispensavel á versão por manobras externas: goza o feto de mobilidade no utero, podendo ser mudado de sua apresentação, emquanto é protegido pelo liquido amniotico.

Depois que o bolso das aguas se rompe, o liquido escoa-se, o utero contrahe-se fortemente, a posição do feto é fixada de modo que as manobras externas e, ás vezes, as internas tornam-se impraticaveis.

Restando ainda no utero quantidade sufficiente de liquido para permittir mobilidade ao feto, alguns parteiros praticam a versão por manobras externas.

Mas esta pratica é mui justamente condemnada pela maioria dos praticos, que recorrem logo á versão podalica por manobras internas, ainda praticavel; e não expoem a parturiente á manobras infructiferas, que, aggravando o seu estado, votam ao feto a morte certa. Tratando-se da apresentação do tronco, a ruptura das membranas é indicação formal da versão podalica por manobras internas; exceptua-se o caso em que esta operação é inexequivel.

Versão bipolar

A versão bipolar, versão por manobras mixtas ou versão de Broxton Hicks, tem sido praticada por varios operadores: Simpson, Esterle, Robert-Lée, Nægele, Grenser, etc.

A versão bipolar é praticavel, segundo alguns autores, antes e depois da ruptura das membranas do ovo; é mui proveitosa nas apresentações inclinadas do vertice e de nadegas, sendo porém, pouco util quando o feto se apresenta de espadoa, e mui prejudicial quando o liquido amniotico tem-se escoado e que se trata da apresentação do tronco.

Estando a parturiente em posição conveniente, o parteiro comprime com uma das mãos, com o fim de elevar ao fundo do utero, a parte mais elevada do feto, e, com um ou dous dedos da outra mão introduzidos no collo uterino, imprime movimentos ao feto para fazer chegar á area do estreito superior a extremidade fetal que estiver mais proxima. Depois de effectuada a versão, o parteiro fixa a posição pela ruptura das membranas, se estas eram intactas, caso favoravel a operação, pela mobilidade do feto e pouca urgencia da versão.

A versão podalica é preferivel, quando praticada por manobras internas, tendo resultados mais seguros, quer seja effectuada antes ou depois da ruptura das membranas. Antes do escoamento do liquido amniotico, a versão bipolar póde ser substituida pela versão por manobras externas.

Versão cephalica por manobras internas

Outr'ora praticada durante os seculos que separam Hippocrates de A. Paré, hoje, porém, quasi completamente abandonada, por não apresentar vantagem alguma, póde ser substituida muitas vezes pela versão podalica por manobras internas.

Justine Siegmundin e Busch praticavam-na introduzindo a mão contraria ao lado onde estava a cabeça do feto, tomavam este pela parte posterior do pescoço e traziam a cabeça até ao estreito, onde era fixada pela ruptura préviamente effectuada

um pouco acima do collo uterino, no logar onde se achava a cabeça fetal.

M.[me] Louise Bourgeois, tendo deitado a parturiente de modo que a cabeça occupasse um plano menos elevado do que o plano onde se achavam os pés, com a mão apprehendia o pescoço, a cabeça ou as espadoas, e produzia no feto um movimento que levava o occiput para diante. Deventer e Flamant operavam com uma das mãos sobre o tronco fetal e com a outra no exterior comprimiam a extremidade cephalica para baixal-a ao estreito. Quando o feto morre no utero materno, assim como na maioria dos casos de apresentação do tronco, a versão podalica é ordinariamente preferida á versão cephalica por manobras internas. Quando se trata da apresentação do tronco, em vez da versão cephalica por manobras internas, dever-se-ha praticar a versão podalica, porque o tempo urge, e póde ser perdido,praticando-se a versão cephalica, com grandes prejuizos para a mulher que soffre e para o feto, cuja vida é muitas vezes exposta aos perigos da evolução espontanea, ou fatalmente extincta pelos extremos recursos da arte.

Versão podalica por manobras internas

A versão podalica por manobras internas occupa um logar importantissimo entre as operações obstetricas : é um dos recursos que nunca fica esquecido, nos casos extremos, quando ha urgente necessidade de terminar o parto. A unica esperança de salvação, quasi a extinguir-se, reapparece com a pratica dessa operação, que muitas vezes supplanta os perigos já imminentes, compensando assim o trabalho do operador e as dôres da parturiente, nesses momentos supremos em que a vida parece sustada por alguns instantes.

A versão pelviana por manobras internas fôra primeiramente indicada por Paul d'Egine e Ætius; tambem indicada por Celso quando o feto era morto.

Em 1512, Arnaldo de Villanova, e em 1502, Benevieni, conheceram esta operação, mais tarde estudada por A. Paré, que descreveu o manual operatorio, seguindo-se depois os trabalhos de Guillemeau.

Praticada por Loranus, Louise Bourgeois em 1609, por Franco, que faz novas indicações e modifica o manual operatorio de A. Paré, por Mauriceau em 1668, por Delamotte em 1721 e por muitos praticos da actualidade á qual recorrem ás vezes de preferencia ao forceps. Flamant, partidario da versão cephalica por manobras internas, apresenta o seu processo á pratica dessa operação, restringindo o numero das indicações da versão pelviana, como tambem o fizera Gardien.

Os trabalhos de Ambroise Paré não foram abandonados durante os seculos que já têm passado: bases dos trabalhos de Guillemeau e de seus illustres successores na sciencia, immortalisaram o nome do illustre parteiro do seculo XVI.

A versão pelviana, uma das mais brilhantes conquistas para a sciencia, póde ser praticada quando concorrem certas condições que são indispensaveis ao bom resultado; porém, quando taes condições são desprezadas a versão pelviana em vez de ser uma operação conservadora, torna-se extraordinariamente mortifera. Diz Schrœder que a versão dá melhores resultados quando é effectuada cêdo, embora a passagem da mão seja ou não permittida.

A introducção forçada da mão expõe á dilaceração do collo uterino e á terminação ordinaria do parto forçado, que é extremamente grave. O parto forçado é conhecido pelos autores modernos como um recurso extremo, posto em pratica depois de se conhecer a insufficiencia dos outros meios que

poderiam ser empregados. O parteiro ver-se-ha na necessidade de praticar a versão, exercendo força para dilatar o collo, quando se tratar de sustar uma hemorrhagia grave que já tenha abusado de todos os meios empregados, e não restando outra esperança para a salvação das vidas compromettidas.

Quando a eclampsia aggrava-se de modo que não cede a tratamento algum, por mais racional que seja, estando a parturiente quasi infallivelmente votada á morte proxima, apparece outra autorização que o parteiro obedece para a introducção forçada da mão; caso em que trata-se da salvação do feto com exclusão da parturiente.

Não é sómente a mulher a victima desta operação; o feto é exposto a morrer estrangulado pelo collo uterino e asphyxiado pela compressão do cordão umbilical, finalmente a extensão da cabeça durante a expulsão, exige ás vezes a secção do feto.

A dilatabilidade do collo, ou a dilatação deste préviamente effectuada pela natureza ou pela mão do pratico, se o collo é dilatavel, é condição capital que deve preceder á pratica da versão pelviana ou cephalica por manobras internas.

A primeira parte da proposição de Schrœder encerra uma verdade innegavel e milita o accôrdo da maioria dos parteiros; é necessario, porém, que o collo seja dilatavel ou dilatado para que a versão pelviana por manobras internas seja indicada. A primeira indicação da apresentação de tronco é a versão por manobras internas ou externas; exigem estas operações algumas condições que são necessarias ao bom resultado, como: a mobilidade do feto e a passagem possivel deste nos estreitos da bacia e no canal pelviano. Não é indicada a versão quando a bacia em suas dimensões medir apenas $0^{m},065$, porque além de inutil será prejudicial: inutil, porque a expulsão da cabeça fetal, pelas contracções é impossivel;

prejudicial, porque as manobras da versão concorrem para aggravação do estado da parturiente. A versão pelviana por manobras internas é indicada pelo professor Cazeaux na bacia obliqua ovalar de Nægele, assim como nas bacias cujo diametro antero-posterior é menor do que o normal e faz sobre este ultimo ponto a seguinte observação : « Lorsque la saillie trop prononcée de l'angle sacro-vertébral est la cause du rétrécissement, il arrive assez souvent, comme nous l'avons déjá dit, que,en même temps que la base du sacrum est portée en avant, elle est un peu dejetée de côté, de manière à rétrécir un des côtés du bassin baucoup plus que l'autre. Il est évident qu'alors il faudrait en operant l'evolution du fœtus et tirant sur l'extremité pelvienne, chercher à retourner le plan postérieur du fœtus vers le côté largement conformé, afin qu'au moment où la tête se présenterait au détroit supérieur, elle offrît sa grosse extremité occipitale au côté non rétréci. »

O resultado da versão pelviana é duvidoso nas bacias, cujo diametro sacro-pubiano mede apenas 0^m07 ; mas tenta-se a versão, se o feto apresenta-se de espadoa, antes de se recorrer á embryotomia.

Depois da ruptura das membranas do ôvo, outro obstaculo á operação apparece : a espadoa insinua-se mais ou menos, tornando mui difficil a sua repulsão para o interior do utero.

Com razão, alguns praticos, temendo esse resultado frequente da ruptura das membranas, praticam a versão pelviana por manobras internas de preferencia á versão por manobras externas. Durante esta operação, o bolso das aguas rompendo-se algumas vezes, deixa escoar grande parte do liquido amniotico: phenomeno seguido da insinuação, mais ou menos profunda, da espadoa.

Pouco tempo depois da ruptura das membranas a versão

é indicada, se o feto é ainda movel; tornando, porem, esta operação muito grave quando a espadoa é insinuada.

Quando a retracção uterina é muito forte e não cede a tratamento algum, é preferivel deixar o parto confiado á natureza se o feto ainda viver, a operar com violencia. Se a vida do feto é seriamente compromettida, trata-se da salvação da parturiente e para esse fim torna-se necessaria a mutilação do feto. Antes, porém, de abandonar o parto aos esforços da natureza, e muito antes de recorrer aos instrumentos mutiladores, deve-se tentar a versão.

Osiander praticára a versão depois da insinuação da espadoa, guiando-se por esta lei, que rege a pratica dos parteiros habeis : *non vi sed arte.*

A retracção do corpo do utero, que constitue uma das maiores difficuldades á versão, é combatida pelos banhos mornos prolongados, pelos clysteres laudanisados e pela sangria, que segundo alguns, deve ser sufficiente para produzir a syncope.

O professor Cazeaux diz : «Je me suis bien trouvé dans ces cas d'introduire les deux mains, l'une aprés l'autre, á plusieurs reprises et, de leur, faire executer des efforts trés-modérés pour pénétrer profondément dans l'utérus. La fibre utérine finit quelquefois par se fatiguer, et le relâchement qui suit permet d'atteindre les pieds.

Quando a retracção do utero não permitte o evolução artificial, de modo que o dorso fetal seja finalmente voltado para diante, alguns parteiros, receiando a torção do pescoço do feto, que póde ser a consequeneia, não imprimem durante a evolução, o movimento que traria o dorso fetal ao arco anterior da bacia. A inserção da placenta sobre o collo é um obstaculo serio á introducção da mão que tem de fazer a versão, visto que o descollamento, que é necessario ser effectuado, e

seguido de hemorrhagia grave, podendo ser fatal á parturiente e ao feto. Difficil e as vezes impossivel é a introducção da mão, para praticar a versão podalica; os polypos do collo uterino, o thrombo e outros tumores, que podem assestar no canal pelviano, além dos septos deste canal, exigem ás vezes uma operação, antes de se proceder ao primeiro tempo da versão pelviana. A agglutinação da orificio externo do collo, além de rara póde ser destruida pelo dedo do parteiro; o mesmo não acontece com a obliteração completa, que não dispensa a intervenção dos instrumentos cortantes. A regidez mecanica cede aos banhos prolongados e mornos, ás incisões praticadas aos lados do collo e finalmente, á sangria, em caso de necessidade. A' rigidez espasmodica do orificio externo, ou á contracção espasmodica do utero no ponto correspondente ao orificio interno, oppõe-se os banhos mornos, os clysteres de laudano, as incisões multiplas e pequenas aos lados do collo, e, em caso de necessidade, podem ser praticadas sobre o labio anterior e posterior. Tendo menos de $0^m,01$ de extensão, estas incisões produzem mui notavel resultado e dispensam muitas vezes a sangria.

Alguns parteiros empregam o extracto de belladona, para applicação directa sobre o collo, que combate ás vezes o espasmo; mas essa pratica é perigosa porque o extrato de belladona é mui toxico, e nem sempre tem composição fixa; podendo, em certos casos, envenenar, e em outros, ser completamente inutil.

Sobre a applicação do extracto de belladona nos espasmos do collo uterino, o professor Cazeaux faz a seguinte observação: «La belladone, tant vantée par quelques accoucheurs est regardée par quelques outres comme un medicament sans efficacité. Cette divergence d'opinion me parait tenir a ce que l'on a confondu la simple rigiditê et la rétraction spasmodique. Sans

action dans le premier cas, elle me parait très vantageuse dans le second.»

Durante a expulsão do feto que soffrera a versão pelviana por manobras internas, um obstaculo se apresenta : os braços fetaes deslocados da posição primitiva, se deslizam pelo plano lateral do thorax, depois pelo dorso e, finalmente chegam á parte posterior do pescoço ; ou subindo pelo lado da face, a principio, descem depois até ao occiput e á nuca, onde persistem. Ordinariamente é o braço sub-pubiano que toma uma dessas posições viciosas. Para desprender o braço de tal posição, é necessario fazer, por meio do dedo index applicado na articulação do cotovelo, leves tracções, de modo que o braço do feto volte á posição primitiva, passando pelo caminho seguido para tomar a posição viciosa. Quando o braço eleva-se pelo plano lateral do thorax, pelo dorso, para attingir á nuca, o angulo inferior do omoplata approxima-se da linha mediana ; quando o braço desce á nuca, o angulo inferior do omoplata afasta-se da linha mediana.

O volume das espadoas difficulta a expulsão do feto ; mas imprimindo-se a este um movimento de vai-vém em linha obliqua que ligaria a região da anca da mulher á região occupada pelo ligamento sacro-sciatico do lado opposto, as espadoas são insinuadas, e a expulsão do feto completa-se, quando não apparece outra complicação como a extensão da cabeça ou a brevidade do cordão umbilical.

Depois de diagnosticada a apresentação e a posição, o parteiro faz a mulher sciente da necessidade da operação. O decubito lateral, posição usada na Inglaterra, é util à operação, quando o dorso fetal é voltado para a região lombar da parturiente ; porque a mão do operador mais facilmente alcança aos pés do feto. Em França e no Brazil, a posição preferida, para a pratica da versão podalica, é o decubito dorsal ; ficando o

dorso mais elevado do que a bacia, e os membros abdominaes afastados da linha mediana e em flexão. Os pés repousam em duas cadeiras, onde são mantidos por dous ajudantes. A bacia da parturiente é fixada por um ajudante, que a torna immovel prendendo-a pelas cristas iliacas.

Se a mulher é primipara, a indicação do chloroformio, segundo Charpentier, é absoluta. Um ajudante intelligente, ou melhor, um parteiro, deve effectuar a anesthesia verdadeira; porque não parece util a anesthesia que recebera o nome de anesthesia *à la reine*, que é usada na Inglaterra; mas que, segundo Depaul, não anesthesia, mas illude. Muitos parteiros, para propria commodidade, recommendam que a parturiente occupe um plano mais elevado do que o do leito ordinario; mas é molestar a parturiente, que já soffre dôres violentas, para satisfazer a exigencia, quasi superflua do parteiro.

E' melhor augmentar o leito da parturiente em altura, por meio de colchões dobrados pela parte média do comprimento, a transportar a mulher para cima de uma commoda, como querem alguns praticos.

Uma questão de grande importancia, na pratica da versão pelviana por manobras internas, é a escolha da mão que deverà ser introduzida no utero, para effectuar a versão.

Os inglezes utilizão-se da mão esquerda, os francezes da mão do mesmo nome da espadoa apresentada e outros da mão do mesmo nome do logar occupado pela cabeça fetal.

Varios parteiros operam com a mão direita, por ser esta ordinariamente mais agil. Escolhida a mão e untada, assim como o ante-braço, de oleo de amendoas ou de qualquer sub stancia graxa, o parteiro, reunindo os dedos, de modo que fiquem collocados para diante do dedo médio, estando todos em extensão, introduz a mão, exercendo movimentos de torsão para um e outro lado até penetrar no canal pelviano. Se o

collo não está dilatado, sendo, porém, dilatavel, effectua a dilatação, com muita delicadeza. Sendo a versão pelviana por manobras internas indicada antes da ruptura das membranas, suggere uma questão de summa importancia, relativa ao ponto das membranas onde estas deverão ser perfuradas. A' primeira vista, a ruptura das membranas em um ponto elevado, não permittindo o escoamento da totalidade do liquido amniotico, parece preferivel ; visto que é condição mui favoravel á versão a mobilidade do feto, que no caso vertente é conservada. Tem, portanto, a desvantagem de necessitar a introducção da mão entre o utero e as membranas, onde a mão encontrará, talvez, a plancenta ; esta póde ser descollada pelas tracções exercidas sobre os pés do feto e communicadas ás membranas. E', neste caso, uma hemorrhagia, produzida pela mão do parteiro, que complica a situação já desfavoravel, por ser indicada a versão, operação que não é sempre innocente ; além disso, notando-se que é o pratico, a quem a parturiente confia a sua vida e a do proprio filho, causador do accidente, a perfuração das membranas do ovo acima do nivel do collo uterino perde muito de sua importancia, ainda que tenha sido adoptada por habeis parteiros, figurando entre elle Smellie, Peu, Deleurye, Boer, etc. A perfuração das membranas do ovo ao nivel do collo uterino não motiva fastidiosas consequencias; a evacuação da totalidade do liquido amniotico é obstada pela mão e depois pelo ante-braço do parteiro; o descollamento da plancenta, se se produzir, não é o parteiro quem o motiva, porque só faz tracções sobre os pés do feto, sem arrastar as membranas, salvo o caso em que o cordão umbilical é, ou tem-se tornado curto pela formação de circulares em torno de uma parte fetal, etc.

E' esta a pratica de illustres parteiros estrangeiros e nacionaes.

Segundo Boer, Nægee e Grenser, poder-se-hia effectuar a versão podalica por manobras internas sem a prévia ruptura das membranas.

O perigo do descollamento da placenta torna-se, provavelmente, o facto denominante na versão, como o deverá ser no caso de perfuração das membranas acima do collo. E' uma operação difficil, que não está ainda definitivamente acceita. Schrœder reconhece que a aprehensão dos pés do feto será mui difficil, por serem as membranas, atravez das quaes dever-se-ha tomal-os, mui escorregadias; além disso, as membranas deverão ser mui resistentes para que não se rompam durante a operação. Segundo Charpentier, a versão podalica por manobras internas, sem previa ruptura, fôra excepcionalmente praticada por Boer, Nægele e Grenser.

A introducção da mão, que constitue o primeiro tempo da versão, deve ser effectuada durante o intervallo das contracções uterinas; em casos graves, o pratico espera a contracção do utero diminuir de intensidade para começar a operação. O segundo tempo da versão pelviana, ou evolução do feto é effectuado durante o intervallo das contracções uterinas; tornando-se mui perigosa a operação quando são abandonados estes preceitos. Sómente a extracção do feto, que constitue o terceiro tempo de alguns autores, será effectuada durante as contracções do utero.

E' regra não praticar a extracção do feto durante o intervallo das dôres; porque expõe á extensão da cabeça fetal, o que as vezes exige uma operação sangrenta. Penetrando no utero, a mão repelle a espadoa para o lado da cabeça, sem empregar violencia, dirigindo-se depois á procura dos pés do feto, cujo logar por elles occupado deve ser préviamente conhecido pela pratica.

Muitos parteiros dirigem a mão, logo que esta chega ao

utero, á symphyse sacro-iliaca, acima da qual acham-se os pés do feto, nas apresentações de espadoa, estando o dorso voltado para diante. Prendendo os pés do feto entre os dedos pollegar, applicado no molléolo externo, o index entre os molléolos internos e os outros dedos applicados na região malleolar da outra perna, fazem tracções moderadas em direcção ao estreito, e, ao mesmo tempo, a mão, que fixava o utero, atravez da parede abdominal, é levada da fossa iliaca ao fundo do utero, para favorecer a elevação da cabeça

Esta phase da operação, durante a qual á apresentação primitiva é substituida pela apresentação pelviana, constitue a evolução do feto ou o segundo tempo da versão pelviana.

Tres são os caminhos que a mão do parteiro seguirá a procura dos pés do feto: o caminho classico, que é percorrido quando a mão desliza-se sobre o plano lateral ou posterior do feto; o caminho directo, que é percorrido quando a mão dirige-se directamente ao logar occupado pelos pés; finalmente, pelo caminho adoptado por Dubois, a mão do parteiro, em supinação, percorre a parede posterior do utero até ao fundo, curva-se na articulação do punho e dirigindo-se para diante encontra os pés do feto. Este ultimo caminho, que a mão percorre á procura dos pés, é muito util, quando o dorso do feto está voltado para diante, tambem o é o caminho directo, quando o parteiro conhece bem o logar occupado pelos pés do feto. Não é sempre possivel achar os dous pés do feto, e neste caso a evolução será effectuada pelas tracções exercidas sobre um dos pés. Sempre que fôr possivel, dever-se-ha dar preferencia ao pé anterior ou pubiano, dispensando assim a torsão que se deve effectuar para fazer uma posição de pelvis dorso-anterior.

Os autores divergem na apreciação da versão effectuada pelas tracções exercidas sobre os dous pés, ora sobre o pé

anterior, ora sobre o pé posterior. Finalmente, alguns preferem actuar sobre o joelho fetal. Foi Portal quem primeiro observou que era possivel effectuar-se a versão por tracções em um dos pés do feto, e muitos parteiros, como Schrœder, Hoffmann, etc. preferem fazer a evolução do feto exercendo tracções sobre um dos pés, porque, segundo estes praticos, a versão é mais rapida, menos dolorosa e menos perigosa.

As tracções sobre o pé anterior, mais baixo ou mais proximo, dão melhores resultados, segundo Depaul, Tarnier, Kilian, Nœgele, etc., porém Joerg, Holl e outros exercem tracções sobre o pé mais afastado ou superior.

Quando o pratico opera a versão, por meio de tracções sobre o pé anterior do feto, não teme a parada deste acima do pubis, o que acontece quando a versão é operada por meio do pé posterior. Além disso, a versão effectuada por tracções sobre o pé posterior, póde ser complicada pelo cruzamento dos dous membros abdominaes, motivando difficuldades. Charpentier aconselha a versão por meio do pé superior, quando o dorso fetal está para diante, sendo indifferente, no outro caso a aprehensão do pé anterior ou do pé posterior. Finalmente, diz Pajot que o melhor é o pé que se póde ter mais solidamente. Barnes, Simpson, Thomas Leide, preferem tomar o joelho do feto, por meio do qual effectuam a evolução, do mesmo modo que na evolução por meio de um dos pés do feto.

E' aconselhado por Gueniot, nos casos difficeis, o processo que fôra utilisado pelo professor Cazeaux, consistindo em effectuar a evolução do feto por meio do dedo index introduzido no recto, e fazendo tracções para approximar a região pelviana do feto do estreito superior. Eis o que escreve o professor Cazeaux:

« La main doite ne put jamais parvenir jusqu'aux pieds, mais elle arriva jusque sur le siége. L'indicateur, courbé en

crochet, fut alors introduit dans l'anus, les outres doigts embrassèrent fortement les fesses, et pendant que cette main tirait fortement sur le siége, quelques doigts de l'autre main repoussaient en haut et à droite le côté du fœtus déjà fortement engagé dans l'excavation. En agissant ainsi pendant cinq ou six minutes, nous fûmes assez heureux pour amener l'extrêmité pelvienne dans l'excavation, et terminer le travail heureusement pour la mère.»

E' com extrema delicadeza que a mão introduzida na cavidade do utero move-se á procura dos pés do feto, porque não só a introducção, mas tambem a evolução devem ser effectuadas durante o intervallo das dôres; além disso, as contracções uterinas alteram a sensibilidade tactil da mão do operador, tornando impossivel o reconhecimento das partes fetaes. Se a mão acha-se na cavidade uterina quando sobrevém uma contracção, sendo inutil e perigosa a continuação da operação, deverá parar e esperar que a contracção cesse para depois proseguir.

Muitos parteiros quando encontram o membro posterior, fazem trações até que este chegue ao estreito applicando-lhe um laço acima dos malleolos que é levado, já preparado, nas extremidades dos dedos. Seguindo, depois a mão pelo bordo interno deste membro, chega a aprehender o outro membro que será baixado até ao estreito. A applicação do laço que serve apenas para manter o membro e para a dupla manobra póde ser effectuada por meio das pinças de polypo e por meio de instrumentos inventados para esse fim por Wan-Huevel, Lembert. A applicação do laço torna-se difficil quando este é humedecido pelo liquido amniotico; por isso alguns praticos recommendam o emprego dos laços difficilmente permeaveis. Não é indifferente applicar o laço por meio de um nó qualquer. Com razão muitos praticos aconselham o nó corrente que é menos nocivo ao feto.

Opera-se o segundo tempo da versão ou evolução do feto por dous processos que Weiseige denomina *grand tour et petit tour*. Consiste o primeiro em fazer sobre ós pés do feto tracções que produzam a flexão da parede abdominal trazendo os pés ao estreito, ao mesmo tempo que a mão exterior do pratico leva a extremidade cephalica do feto de um para outro lado do utero e depois para o fundo deste orgão. No segundo processo, a mão do pratico leva directamente a cabeça do feto para o fundo uterino, e a mão que apprehende os pés do feto, fazendo tracções para o estreito, produz uma inflexão lateral do feto.

Na evolução, o feto descreve um arco vertical de concavidade inferior, soffrendo ao mesmo tempo um movimento de rotação em torno do grande eixo, de sorte que o dorso é finalmente posto em relação com o arco anterior da bacia da parturiente. Quando a evolução do feto é effectuada por meio do pé anterior, o movimento de rotação é produzido sem que o o operador coopere para isso, mas é necessario produzir a torsão do feto se o operador pratica a evolução actuando sobre o membro posterior. E' bastante agir mais energſcamente sobre o membro subpubiano para effectuar-se a torsão quando se opera sobre os dous membros fetaes.

Nos casos em que é necessario praticar a evolução durante a contracção uterina, o movimento de rotação que trará o dorso do feto para diante podendo ser fatal, muitos parteiros actuam sómente por tracções. Se a apresentação primitiva persiste ainda quando os membros do feto chegam ao estreito, é preciso a repellir para dar passagem aos membros abdominaes do feto; e é nisto que consiste a dupla manobra empregada, pela primeira vez, por Justine Siegmundin, que então empregava uma haste particular para repellir a parte fetal que ainda occupava o estreito e obstava a passagem dos membros abdominaes do feto.

Actualmente pratica-se a dupla manobra servindo-se de um laço applicado, por um nó corrente, acima dos maleolos, sobre o qual se exerce leve tracção, repellindo com a outra mão a parte fetal que occupa o estreito. Com a que fez a evolução se repelle a espadoa, quando esta occupa o estreito, por meio da face palmar e do dedo pollegar (Nægele et Grenser). A expulsão do feto depois da evolução, é confiada á natureza : só em caso de necessidade o parteiro, depois de envolta as partes fetaes em um panno macio, fará tracções leves, por meio das mãos applicadas na continuidade dos membros e em pontos tanto mais proximos do tronco fetal quanto possivel. O parteiro, durante a expulsão do feto, examina o cordão umbilical, que as vezes fórma circulares em torno do pescoço ou de um membro fetal, tornando-se curto ; caso em que rompe-se, ou, se resiste, estrangula a parte fetal comprehendida entre as circulares, ou ainda, descola a placenta : estes accidentes são evidentemente graves. A's vezes, o cordão umbilical é realmente curto, podendo romper-se, ou descollar a placenta ; é pois, necessario que o parteiro previna estes accidentes, assim como a asphyxia do feto determinada pela compressão do cordão.

Quando á contracção uterina é fraca e insufficiente para expellir as partes fetaes que se acham ainda na cavidade uterina, o pratico, por leves tracções sobre as partes fetaes que estão no exterior, auxilia a expulsão ; mas não a effectua sem o concurso da força uterina senão em casos mui especiaes.

Depois da versão, os braços do feto descem juntamente com a cabeça até á excavação e necessitam de uma operação, para o seu desprendimento. Depois de elevar o tronco do feto para diante, o parteiro com o dedo pollegar da mão que servio-lhe para effectuar a versão, applicado sobre a parte interna e posterior do braço posterior do feto, com os dedos médio e index applicados sobre a parte externa e anterior do

braço, attingindo ao ante-braço, obriga-os a passar ao lado da cabeça, face e thorax. Finalmente o braço será collocado ao lado do tronco e parallelamente a este.

Para se desprender o braço anterior, as manobras são identicas ás precedentes; accrescentando, porém, que a mão opposta á que desprendeu o braço posterior desprenderá o anterior; o tronco fetal repousa sobre o ante-braço do parteiro, que o leva para baixo.

Póde-se desprender o braço anterior do feto, repellindo o tronco fetal para o interior da bacia, e depois communicando ao tronco fetal um movimento de tracção e de torção.

A extensão da cabeça fetal é consequencia ordinaria de manobras imprudentemente praticadas durante a expulsão do feto, e tambem da evolução do feto mal effectuada.

Se o occiput está em relação com o pubis, para pôr a cabeça fetal em flexão, eleva-se o occiput, por meio dos dedos index e médio de uma das mãos, e baixa-se ao mesmo tempo o mento, por meio de tracções exercidas pelo dedo index introduzido na bocca fetal ou applicado juntamente com o dedo médio nas fossas caninas do feto.

E' o feto apoiado sobre o braço do parteiro durante estas manobras, que constituem o processo francez ou de Mauriceau.

Não obtendo resultado pelas manobras de Mauriceau, o pratico póde tentar, antes de recorrer ao forceps, produzir a flexão da cabeça, por meio da mão introduzida pela parede posterior do canal pelviano, cuja face palmar aprehende a face fetal e o vertice.

Recorre-se ás manobras de Praga, quando a cabeça é mui elevada, estando o occiput em relação com o pubis. Por meio de dous dedos, applicadas em gancho sobre as espadoas, baixa-se estas e leva-as para traz, tendo-se préviamente abatido

o tronco fetal para o perineo da parturiente. Depois da descida da cabeça, eleva-se o tronco para diante por tracções successivas, abatendo as espadoas por meio dos dedos, já applicados desde o começo da operação. que finalmente concorrem, pela tracção que exercem, á terminação desta manobra. Kiwisch, quando o utero é inerte, applica a mão que exercerá pressão sobre este orgão, atravez da parede abdominal. As manobras de Praga não podem ser praticadas, se a cabeça do feto conservar-se elevada; caso em que o forceps tem applicação.

Quando o occiput está em relação com o sacro da mulher é muitas vezes necessario augmentar a extensão da cabeça ou a flexão desta, para ser expulsa; e, nos casos menos felizes, recorre-se ás manobras de M^me^ Lachapelle, que são inexequiveis, segundo os inglezes.

Consistem estas manobras em mudar a cabeça da posição occipito-posterior em occipito-anterior, por um movimento de rotação exercido pela mão, cuja face palmar, applicada sobre o occiput, passa da supinação á pronação, por um movimento rapido.

Era, outr'ora, a procidencia do braço fetal considerada como séria complicação, que devia ser promptamente removida; hoje, porém, é considerado este epiphenomeno como valioso signal da apresentação do tronco, indicando tambem um prognostico grave, se o trabalho começára ha muito tempo; porque é de suppôr que a espadoa tenha sido mais ou menos insinuada. A' reducção do braço, inutil e perigosa, aconselhada por Mauriceau em 1668, oppuzeram-se Deventer em 1701, Portal em 1685, Lamotte em 1721, Puzos, Smellie, etc., Previne-se a complicação, que era antigamente exposta pela reducção do braço, applicando no punho do feto um laço, que mantém esse orgão ao lado do tronco fetal. Se outr'ora

reduzia-se o braço do feto, por meio de manobras ou da applicação de gelo na mão do feto, ainda hoje, as parteiras improvisadas pretendem, á força brutal, extrahir o feto ouzada e deshumanamente ; destruindo assim a esperança de salvação que porventura restaria. E' certo que as tracções exercidas sobre o braço auxiliam a evolução espontanea, trabalho natural, mas de extrema gravidade, que deverá, sempre que fôr possivel, ser evitado.

Primeira posição da espadoa direita e da esquerda.— Introduz-se a mão do mesmo nome da espadoa apresentada, em supinação, por leves movimentos de torsão ; attingindo ao collo e ás membranas, a mão opera, por meio dos dedos, a dilatação do collo, se este é dilatavel e não ainda dilatado ; perfura, com o dedo index, as membranas, se são ainda intactas; repelle moderadamente a espadoa que occupa o estreito para a fossa iliaca esquerda, e costeando o dorso, as nadegas, chega aos pés do feto, que são apprehendidos depois de passar a mão da supinação á pronação, o que é necessario, se se trata da primeira posição da espadoa esquerda ; bastando, na primeira posição da espadoa direita, levar a mão directamente á symphyse sacro-iliaca direita, acima da qual estão os pés, que, em qualquer posição de espadoa, são arrastados directamente para o estreito e canal pelviano, produzindo-se a inflexão lateral e inferior do tronco fetal.

Quando a mão não póde prehender os dous pés, faz a evolução com um só delles, de preferencia com o pé anterior ; é tambem possivel effectuar a evolução por tracções exercidas sobre o joelho do feto. Durante a evolução, a mão exterior, que fixava o utero, desliza-se e exerce compressão, da fossa iliaca esquerda ao fundo do utero, para levar á essa ultima parte a extremidade cephalica do feto.

Segunda posição da espadoa direita e da esquerda. — Chegada ao estreito, como precedentemente, a mão do nome da espadoa apresentada repelle esta para a fossa iliaca direita e vai á procura dos pés acima da symphysis sacro-iliaca esquerda, se o dorso está voltado para a parede uterina anterior; costea o dorso do feto, contornêa as nadegas e toma os pés, tratando-se de outro caso figurado. A mão contraria á espadoa apresentada desliza-se da fossa iliaca direita para o fundo uterino, exercendo, atravez da parede abdominal, uma pressão, que favorece a elevação da cabeça para o fundo do utero. Depois de prevenidos os accidentes que o cordão umbilical póde motivar, como o descollamento prematuro da placenta a estrangulação do feto, o parteiro, prevenindo a ruptura do cordão e abatendo os braços do feto, confia o resto do trabalho á natureza; com o que muitas vezes previne um outro accidente, a extensão da cabeça. Em caso urgente, o parteiro fará tracções, para apressar a expulsão do feto, auxiliando apenas a contracção do utero; e quando este é inerte e não se contrahe apezar de irritado, havendo necessidade de terminar promptamente o parto, o pratico é autorizado a effectual-o.

A expulsão do feto, que, para alguns autores, constitue o terceiro tempo da versão, sendo effectuada pelos recursos da natureza, e, sómente em certos casos, pelo parteiro, não faz realmente parte da versão podalica: operação esta unica e exclusivamente effectuada pelo homem da arte. Quando os esforços da natureza são insufficientes para expellir o feto, a expulsão será operada pelo parteiro e pela natureza, que ainda coopera para a terminação do parto. E' puramente artificial a expulsão se o parteiro não espera mais o auxilio da força que o utero imprime ao feto, e se intervem por si só, como manda a arte.

Constituindo uma phase distincta da versão sómente nos

casos extremos, a expulsão do feto não deverá ser effectuada pelo parteiro senão com muita reserva; havendo nisto grande utilidade, visto que o parteiro, abstendo-se de intervir, para terminar o parto sem motivo justificado, sabendo que a expulsão se effectua naturalmente, só opera quando é preciso, e não originam-se de uma intervenção desnecessaria e imprudente graves consequencias que o parteiro teria de pagar amargamente.

EMBRYOTOMIA

Se o feto apresenta-se de tronco, sendo a versão impraticavel, não resta ao pratico senão a esperança de vêr terminar o parto pela evolução espontanea; mas, esta além de rara e mui penosa, sómente algumas vezes salva a parturiente e quasi nunca o feto. Se a expulsão do feto é possivel, se este é vivo ou viavel, a regra é esperar; se porém, os soffrimentos da mulher exigem a terminação do trabalho, como o unico meio de salvação da parturiente, o pratico dos tempos modernos não hesita em mutilar o feto; opera, se é preciso, no feto morto, viavel ou vivo; devendo porém, nos dous ultimos casos, ser a indicação rigorosamente determinada: outro meio não produziria resultados mais satisfactorios, ou seriam estes tão duvidosos que não deveriam ser esperados pelo parteiro, que vê assim justificada a embryotomia.

Conhecida de remotos tempos, hoje adoptada pela maioria dos praticos, a embryotomia, fatal para o nascituro, mais vezes salva a parturiente. Sendo a versão impraticavel, ainda que seja a bacia de conformação regular e de capacidade sufficiente para a passagem do feto depois da versão, se este é morto, a embryotomia é indicada. Nas bacias estreitas, medindo de $0^m,05$ a $0^m,9$, muitos praticos indicam a embryotomia, cujo

resultado é mui favoravel quando o estreitamento é superior a $0^m,065$; mas ainda é praticavel a operação nas bacias de $0^m,027$, segundo Pajot. A mortalidade cresce a medida que a bacia diminue em seus diametros ; e a $0^m,05$ a indicação da operação cesariana é absoluta, isto é, não importa ser o feto vivo, viavel ou morto.

Comprehende-se sob o nome generico de embryotomia a craneotomia, a cephalatripsia, a embryotomia propriamente dita ou secção do feto : degollação, rachiotomia, etc.

Pelo processo de Roberto Lée, classificado ao lado do processo de Khler, no methodo que consiste na versão forçada, o parteiro, depois de praticada a brachiotomia e a perfuração do thorax, implanta um gancho na bacia ou na parte inferior do rachis, por meio do qual faz tracções, para extrahir o feto.

Consiste o processo de Veit na prévia evisceração do thorax e do abdomem, fazendo depois tracções sobre as nadegas e braços, ao mesmo tempo. Além do processo de Veit, os de Michaelis, de Affleck e Macdonald estão encluidos no methodo que tem porfim o resultado definitivo a evolução forçada. Em um terceiro methodo são grupados os processos de secção da haste fetal.

Pelo processo de Pajot, secciona-se o pescoço do feto ou o tronco, por meio de um fio de linho ou de seda, que é posto em movimento por tracções rapidas e alternativas, comprehendendo em sua alça a parte do feto a seccionar. Effectua-se a introducção do fio, que leva na extremidade uma pequena bala, por meio de uma sonda semelhante á de Belloc, como aconselha Tarnier, ou pelo gancho do forceps apropriado a esse fim. As partes maternas são protegidas por um especulo de páo ordinario durante as tracções alternativas exercidas sobre as extremidades do fio.

O processo de Braun, que consiste em seccionar o feto

por meio de um gancho, não é geralmente adoptado, expõe a parturiente á contusões e á uma operação de longa duração.

Dubois aconselha a secção do pescoço por meio de uma thesoura curva em sua face, guiada pela mão esquerda do pratico até ao pescoço do feto, que é baixado e fixo por um gancho confiado a um ajudante. Depois de introduzida, a thesoura será aberta e começa a secção que deverá ser effectuada pouco a pouco até á terminação da operação. Opera-se a extracção do tronco por tracções sobre o braço; e a cabeça por meio do dedo index introduzido na bocca, por intermedio do forceps, ou do cephalotribo, depois de fixada préviamente por meio de um gancho, é extrahida.

Para effectuar a secção do feto são ainda empregados os embryotomos de Jacquemier, de Tarnier, de P. Thomas, etc.

Depois de operada a versão pelviana, o feto está ainda sujeito aos perigos da extensão da cabeça; não sendo sempre conjurado este accidente grave pelas manobras mais favoraveis, tem logar a indicação do forceps, que é um instrumento conservador, e finalmente, a do embryotomo, do cephalotribo, quando se tem em mira a salvação da parturiente, com exclusão do feto. Se, depois da versão, o feto deve ser ás vezes mutilado em beneficio da parturiente, em casos urgentes e mui bem determinados, a embryotomia precede áquella operação. Neste caso está a amputação da espadoa, ás vezes mui justificavel.

E' evidente que a reputação do parteiro decahe com a pratica da embryotomia, se elle não apoial-a no consenso de collegas profissionaes, e se não tiver prévio consentimento da parturiente, ou da familia desta, antes de recorrer aos instrumentos mutiladores.

OPERAÇÃO CESARIANA

Indicada no Talmud, effectuada *post mortem*, segundo a lei de Numa, á qual deveram a vida Scipião o Africano, Manlius, Agrippa e outros que se destacam na Historia, a secção cesariana, cuja origem obscura, ou recebêra o nome do primeiro dos Cesares que fôra tirado do ventre materno por meio desta operação, ou seu nome originara-se da propria operação: *cœso mœtris utero*.

Parece incontestavel que data de 1500 a primeira operação praticada na mulher viva, por um leigo, Jacques Nufer, sendo feliz o resultado, que, provavelmento, não deveria ser esperado nessa época. Apparecera em 1581 uma monographia de Rousset que tornára a operação cesariana, pelo enthusiasmo que motivára, tão simples que era praticada ás vezes, em França, sem indicação rigorosa.

A. Paré, Guilhemeau, Dionis, Mauriceau, etc., combatiam-na; mas era defendida por Simon, Levret etc., Entrára em parallelo, no seculo passado, com a symphisiotomia, que hoje é quasi abandonada, ao passo que a secção cesariana é finalmente acceita pelos autores modernos.

Segundo Nægele e Grenser, as indicações desta operação são absolutas ou relativas : absolutas, quando o feto só poderá ser extrahido pela secção cesariana ; relativas, no caso contrario.

Nas bacias retrahidas que medem apenas $0^m,04$, a passagem do feto sendo impossivel, a indicação da operação cesariana é absoluta, para a maioria dos praticos ; porém, Pajot effectua ainda a embryotomia se a bacia tem $0^m,025$ no seu menor diametro. Quando a embryotomia é praticada, o intento do operador é salvar a parturiente; mas esta operação, que é faltal para o feto, torna-se tão mortifera como a secção

cesariana se a bacia da mulher é mui estreita ; deve-se, pois, neste caso, preferir a operação cesariana, que tem por fim salvar o feto e a parturiente. Nem sempre a secção cesariana tem o duplo fim de salvar as vidas compromettidas ; é ás vezes effectuada para salvar a mulher, quando o feto é morto, assim como, evidentemente, a operação *post mortem* só salvará o feto.

Depois de immobilisada a mulher em decubito dorsal e de convenientemente chloroformisada, o operador fará uma incisão na linha mediana do abdomen, comprehendida entre a cicatriz umbilical e o pubis, sem, comtudo, attingir a esses dous pontos; e podendo, quando se tornar necessario augmentar o campo operatorio, prolongando a incisão para cima, passando ao lado esquerdo da cicatriz umbilical.

Depois de seccionada a parede abdominal, camada por camada, perfura o peritoneo; guiando um bisturi abotoado com o dedo index secciona-o, communica ao utero um movimento de torsão da direita da mulher para a esquerda, de modo que a face anterior deste orgão, deslocado durante a gestação, fique voltada para diante. E' o utero seccionado pouco a pouco, e as membranas, depois de punccionadas, serão seccionadas como fôra o peritoneo. Extrahe-se o feto pela cabeça, se é possivel, e no caso contrario, pelos pés; communicando, por meio de torsão, mais solidez ás membranas, estas serão extrahidas com a placenta pela ferida abdominal. Finalmente o operador, depois de limpa a cavidade abdominal, procede á sutura da parede abdominal.

Muitos operadores deixam aberta a parte inferior da secção abdominal para o escoamento dos liquidos, outros fecham a ferida completamente. Barnes pensa que a obturação completa da ferida é questão importantissima como se conclue da seguinte phrase: «The important point is to close the wound completly.»

Durante a operação um ajudante comprimirá com as mãos as paredes lateraes do ventre, para impedir o escoamento de liquido na cavidade do peritoneo. E' necessario descollar a placenta, se esta acha-se inserida na parede anterior do utero, antes da extracção do feto, pois que não convém seccional-a. E' preciso operar com muita cautela para não comprehender uma alça intestinal ou a bexiga na secção e tambem depois de extrahido o feto e os annexos deste, examinar se o intestino faz hernia no utero, passando pela secção deste orgão. Os autores dividem a operação nos quatro tempos seguintes: 1° tempo ou secção abdominal; 2° tempo ou secção do utero e membranas e extracção do feto; no 3° tempo, são extrahidas as membranas e a placenta; o 4° tempo consta da reunião da ferida e curativos.

Dopois de operada a parturiente será submettida ao tratamento antisyphilitico energico e ao antiseptico.

Por qualquer processo que se pratique esta operação, todos os instrumentos utilizados deverão ser préviamente desinfectados, assim como o aposento da nulher deverá ser objecto de hygiene rigorosa. E' a hysterotomia ou secção cesariana, uma operação gravissima, cujo resultado depende do estado da mulher e do feto, além das condições em que esta operação é effectuada.

AMPUTAÇÃO UTERO-OVARIANA

Além dos diversos processos de hysterotomia, que differem, ora na secção ora na sutura abdominal e uterina, é actualmente conhecida a amputação utero-ovariana que é considerada como uma modificação da secção cesariana.

Storer em 1868, effectuára a amputação utero-ovariana,

accidentalmente; foi porém o professor de Pavia quem em 1876, fizera entrar no numero das mais importantes operações a amputação utero-ovariana por elle effectuada em uma mulher rachitica, cujo resultado déra a operação o valor merecido; e póde ser esta considerada como um grande passo para a sciencia.

Os cuidados reclamados por esta operação são mui identicos aos cuidados exigidos pela secção cesariana.

O operador, depois de seccionar as paredes anteriores do abdomen e do utero do mesmo modo que na secção cesariana, extrahe o feto e perfura o collo uterino por meio de um trocater; passa pelo orificio da canula dous fios metallicos que são depois cerrados: finalmente seccionará o collo acima dos pontos metallicos.

Pelo processo de Tarnier e Lucas Championnière, o operador atravessa o collo por dous fios de aço que se cruzam, e cerra um outro acima destes e depois faz sahir o pediculo pela ferida abdominal, onde será fixado pelos fios de aço já atravessados no collo.

Müller, depois de ligar o collo uterino, faz sahir o utero e opera no exterior. Incontestavelmente este processo não leva vantagem alguma aos processos precedentemente descriptos.

Alguns autores effectuam a amputação utero-ovariana de preferencia á secção cesariana, porque as estatisticas tem demonstrado que a mortalidade é de 53,66°/₀; em quanto que as estatisticas da operação cesariana revelam a mortalidade de 54°/₀.

São duas operações graves, cujo fim unico é a salvação de duas vidas em extremo perigo; mas a preferencia concedida a amputação utero-ovariana por alguns autores, não recebeu ainda a sancção da sciencia.

OPERAÇÃO CESARIANA POST-MORTEM

O parteiro que presencia os ultimos momentos de vid da parturiente deverá saber, por meio do exame, se o feto ainda vive, para tratar da salvação deste, a qual é possivel ainda depois da morte da parturiente.

A secção *post-mortem*, effectuada do mesmo modo e com igual cuidado ao prestado durante a operação cesariana, deverá ser posta em pratica se o feto ainda vive e se póde sahir mais facilmente e sem perigo por essa via accidental do que por meio do forceps ou da versão.

E inutil a operação quando o pratico tem pleno conhecimento da morte do feto. E' raro que a vida do feto se prolongue e exceda a 30 minutos ; mas em alguns casos o feto continuou vivendo durante horas depois do ultimo suspiro da parturiente.

Quando o estado da mulher aggrava-se de tal modo que a morte é imminente, e que o feto ainda vive e necessita de prompto soccorro, a contemporisação, inutil á mulher, póde ser mui prejudicial ou fatal para o feto, cuja vida o pratico intenta salvar.

Quando a morte da mulher é apparente, o utero não obsta á versão podalica ; póde esta operação as vezes ser effectuada com resultado favoravel ao feto e á parturiente.

Em vez da secção *post-mortem*, aconselha Thévenot o parto pelas vias naturaes, porque é mais facil a operação e mais prompta a salvar o feto e ás vezes a mulher, cuja morte é apparente e não real. Diz Thévenot que a operação cesariana *post-mortem* que já pertence a outra idade, deve desapparecer dos nossos costumes. Quando a secção cesariana fôr a operação reclamada, só ella ou a amputação utero-ovariana deverá

ser effectuada. *Post-mortem*, o forceps tem applicação, e a versão pelviana poderá ser effectuada, conforme o caso; as vezes, porém, a secção cesariana é a unica operação que poderá salvar o feto; não ficará esquecida, portanto, a secção *post-mortem*, ainda que a amputação utero-ovariana venha em completa substituição da hysterotomia : no cadaver de uma mulher, a amputação utero-ovariana não será mais util do que a secção cesariana *post-mortem*.

PROPOSIÇÕES

CADEIRA DE PHYSICA MEDICA

Ponto VII

Estudo especial sobre os thermometros clinicos

I

Por meio do thermometro, determina-se o gráo da temperatura local e geral do organismo humano.

II

Os thermometros de Jaccoud, de Potain e o de Walferdin são mui uteis á clinica.

III

Applicado no concavo axillar ou no recto, o thermometro accusa a temperatura geral.

CADEIRA DE CHIMICA MEDICA E MINERALOGIA

Ponto IV

Anaylse chimica das emanações do solo e dos esgotos

I

A analyse chimica das emanações do solo e dos esgotos revela a existencia de diversas substancias.

II

Os gazes emanados do solo são causa da insalubridade de muitas localidades.

III

As emanações dos esgotos são nocivas, porque contêm, entre outros, o gaz hydrogeno sulphuretado.

CADEIRA DE CHIMICA ORGANICA E BIOLOGICA

Ponto IV

Pereirina e seus saes

I

A pereirina é um alcaloide da planta brazileira (Geissospermum Vellosii, Freire allemão) descoberto e estudado por illustres medicos brazileiros.

II

Os saes de pereirina são empregados como tonicos e antifebris.

III

O chlorydrato de pereirina é um sal soluvel e empregado, com bom resultado, nas affecções palustres rebelde.

CADEIRA DE BOTANICA E ZOOLOGIA MEDICAS

Ponto IV

Estudo geral dos vegetaes parasitarios do homem, e dos damnos que podem elles produzir

I

Os parasitas vegetaes atácam a pelle, a mucosa; outros circulam no sangue.

II

Estes ultimos occasionam molestias ordinariamente graves.

III

Os parasitas vegetaes do homem são aerobios e anaerobios; não existem no organismo são.

CADEIRA DE ANATOMIA DESCRIPTIVA

Ponto IV

Orgão central da circulação

I

O orgão central da circulação é situado no mediastino anterior.

II

Consta de quatro cavidades que se communicam, duas á duas, pelos orificios auriculo-ventriculares.

III

E' um orgão muscular, cujos movimentos rythmicos são necessarios á circulação regular do sangue.

CADEIRA DE HISTOLOGIA THEORICA E PRATICA

Ponto II

Das differentes phases morphologicas por que passam as cellulas

I

Além do crescimento, as cellulas metamorphoseam-se e dão origem á cellulas novas.

II

As cellulas embryonarias, de esphericas, ovaes, etc. passam, pelo crescimento, á ordem de fibro-cellulas.

III

De uma cellula primitiva, por divisão, brotamento, provém cellulas semelhantes á geratriz.

CADEIRA DE PHYSIOLOGIA THEORICA E EXPERIMENTAL

Ponto IV

Da irritabilidade muscular

I

A irritabilidade muscular é a propriedade que tem o musculo de reagir quando é excitado.

II

E' esta propriedade independente do systema nervoso.

III

O agente physiologico da contracção muscular é o systema nervoso.

CADEIRA DE ANATOMIA E PHYSIOLOGIA PATHOLOGICAS

Ponto I

Molestias infectuosas

I

As molestias infectuosas podem ser contagiosas.

II

Constituem epidemias, endemias, e apparecem ás vezes sob fórma esporadica.

III

O fóco de infecção é o solo, o organismo animal affectado e os vegetaes em decomposição.

CADEIRA DE PATHOLOGIA GERAL

Ponto VI

Paralysias

I

A paralysiá é a diminuição ou abolição da sensibilidade ou da motilidade; recebendo no primeiro caso,— o nome de anesthesia.

II

A paralysia é de origem central ou peripherica.

III

A paralysia póde ser reflexa, essencial, geral ou parcial.

CADEIRA DE PATHOLOGIA MEDICA

Ponto X

Asthma

I

A asthma é uma nevrose essencial e as vezes symtopmatica.

II

Os accessos mui repetidos produzem emphysema pulmonar.

III

Não é sempre curavel a asthma essencial; sendo, porém, esperada ordinariamente a cura da asthma symptomatica.

CADEIRA DE PATHOLOGIA CIRURGICA

Ponto VI

Dos tumores em geral

I

A clinica designa sob o nome de tumores, o augmento anormal de volume de qualquer parte do corpo humano; sendo, porém, os tumores propriamente ditos neoplasmas com tendencia a augmento ou a persistencia.

II

Sob o ponto de vista do prognostico, são divididos em tumores: de prognostico variavel, benignos e malignos.

III

Os neoplasmas de má natureza infectam o organismo e ulceram-se logo.

CADEIRA DE MATERIA MEDICA E THERAPEUTICA, ESPECIALMENTE BRAZILEIRA

Ponto VI

Papayna, sua acção physiologica e therapeutica

I

Existe a papayna no leite do mamão (Carica Papaya).

II

Physiologicamente, actua como a pepsina em presença dos albuminoides.

III

Póde ser empregada para combater varias molestias do tubo gastro-intestinal.

CADEIRA DE PHARMACOLOGIA E ARTE DE FORMULAR

Ponto IX

Das tinturas e alcoolaturas: suas applicações em medicina

I

As tinturas e alcoolaturas são soluções alcoolicas de substancias medicamentosas.

II

Alcoolatura é a solução alcoolica dos principios existentes nos vegetaes ainda recentes.

III

As alcoolaturas, tinturas alcoolicas e ethereas são usadas internamente, e são applicadas topicamente, muitas vezes.

CADEIRA DE HYGIENE PUBLICA E PRIVADA E HISTORIA DA MEDICINA

Ponto V

Estudo historico da febre amarella no Brazil

I

Apparecêra a febre amarella no Brazil, pela primeira vez em 1686, por occasião da chegada de um navio procedente de S. Thomé.

II

Em 1849, a febre amarella reappareceu no Brazil, com a chegada do brigue «Brazil,» procedente de Nova-Orleans.

III

Não é portanto, a febre amarella originaria do Brazil, onde reinou epidemicamente; é quasi endemica, na época actual.

CADEIRA DE ANATOMIA CIRURGICA, MEDICINA OPERATORIA E APPARELHOS

Ponto IV

Da talha hypogastrica

I

Talha hypogastrica é a operação que se effectua no hypogastrio, para a extracção dos calculos vesicaes.

II

Não é geralmente preferida a talha perineal, parecendo, comtudo, menos grave.

III

São, actualmente, muitos os processos seguidos na pratica da talha hypogastrica.

CADEIRA DE OBSTETRICIA

Ponto III

Delivramento

I

O delivramento é a expulsão da placenta e das membranas do ovo.

II

Effectua-se naturalmente pouco depois da expulsão do feto.

III

Em alguns casos, o delivramento artificial é uma operação difficil e perigosa.

CADEIRA DE MEDICINA LEGAL E TOXICOLOGIA

Ponto VI

Das provas da vida em materia de infanticidio

I

Pelo exame dos orgãos profundos, póde-se reconhecer que o feto viveu depois da expulsão do ventre materno.

II

O aspecto exterior do cadaver ás vezes basta para evidenciar o infanticidio.

III

Póde-se ás vezes determinar o tempo durante o qual a criança respirára o ar atmospherico.

PRIMEIRA CADEIRA DE CLINICA MEDICA

Ponto VII

Da influencia que exercem as molestias do coração sobre o figado e reciprocamente as deste orgão sobre o centro circulatorio

I

O figado resente-se da influencia prejudicial que sobre elle exerce a circulação irregular, consequencia immediata das lesões valvulares.

II

As molestias do figado que produzem ictericia, influem sobre o coração diminuindo o numero das pulsações.

III

A pulsação hepathica é um symptoma da insufficiencia da valvula tricuspide.

SEGUNDA CADEIRA DE CLINICA MEDICA

Ponto I

Estudo clinico das manifestações larvadas da intoxicação palustre

I

As manifestações larvadas da intoxicação palustre consistem em ataques hystericos, choreicos e em nevralgias, etc.

II

E' mais frequente a nevralgia super-orbitaria do que as outras manifestações larvadas.

III

A periodicidade e a anamnese são elementos indispensaveis ao diagnostico, cuja certeza ás vezes não se adquire senão depois do emprego dos antiperiodicos.

PRIMEIRA CADEIRA DE CLINICA CIRURGICA DE ADULTO

Ponto VI

Estudo comparativo dos methodos de tratamento dos aneurismas cirurgicos ou externos

I

São pouco usados actualmente os methodos directos no tratamento dos aneurismos externos.

II

São diariamente effectuadas pelos cirurgiões modernos as ligaduras das arterias entre o tumor aneurismatico e o coração, ora entre o tumor e os capillares.

III

A compressão indirecta digital ou instrumental conta maior numero de successos, quando é incompleta de modo que permitta a passagem do sangue no ponto em que o vaso arterial é comprimido.

SEGUNDA CADEIRA DE CLINICA CIRURGICA DE ADULTOS

Ponto 1

Estudo clinico da influencia que exercem os estados constitucionaes sobre os traumatismos

I

Nos individuos de constituição fraca, ingenita ou adquirida, os traumatismos, ainda que leves, podem ameaçar a vida.

II

A cura das lesões traumaticas é difficil e ás vezes impossivel, se o individuo é affectado de uma diathese.

III

Além da séde, as lesões traumaticas são influenciadas pelo estado constitucional do individuo e pela extensão.

HIPPOCRATIS APHORISMI

I

Uterum gerentibus medicamenta purgantia sunt exhibenda, si tumor impetu fertur ad excretionem, quarto mense et ad septimum usque his tamen minus.

In minoribus autem et grandiorem fœti subtimide segerere oportet.

(Sectio IV. Aph. 1.)

II

Mulierem utero gerentem morbo quopiam acuto corripi lethale.

(Sectio V. Aph. 30.)

III

Mulieri utero gerenti si alvus multum profluat abortionis periculum est.

(Sectio V. Aph. 31.)

IV

Mulieri uteri strangulatu vexatæ aut difficultate partus laboranti sternutatio succedens bona est.

(Sectio V, Aph. 35.)

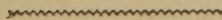
V

Mulieribus quibus ad mammas sanguis in tumorem colligitur, furor significatur.

(Sectio V. Aph. 40.)

VI

Quibus os uteri durum est, iis connivere os uteri necesse est.

(Sectio V. Aph. 51.)

Esta these está conforme os estatutos.

Rio, 1 de Setembro de 1886.

Dr. Brandão.

Dr. Crissiuma.

Dr. Francisco de Castro.